

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2010

Tiia Juntunen, Sanna Kivikankare

IMPRIM-PROJEKTIN INTENSIIVIKURSSI

Tiia Juntunen & Sanna Kivikankare

IMPRIM-PROJEKTIN INTENSIIVIKURSSI

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ja raportoida ImPrim-projektin (Improvement of public health by promotion of equitably distributed high quality primary health care systems) yhteistyökumppanimaista Ruotsista, Virosta, Latviasta, Valko-Venäjältä, Liettuasta ja Venäjältä tulleiden sairaanhoitajien luennoilla ja tutustumiskäynneillä saamaa koulutusta Suomessa. Intensiivikurssi raportoitiin mahdollisimman tarkasti luentojen sisällöistä aina fyysiseen oppimisympäristöön asti. Aikataulullisista syistä johtuen emme päässeet osallistumaan Ruotsissa tapahtuvaan koulutukseen, joten työssä on keskitytty kuvaamaan vain Suomessa tapahtunutta intensiivikoulutusta.

Tarkastelun kohteena oli myös sairaanhoitajan koulutus, täydennyskoulutuksen muodot sekä Suomen perusterveydenhuoltojärjestelmä ja sen kehittäminen.

Aineisto kerättiin havainnoimalla sairaanhoitajien mukana intensiivikurssi lukuunottamatta ryhmätöitä. Luennot kuvattiin sekä luennoitsijoilta kerättiin materiaalit, joiden avulla havainnot purettiin tuloksiksi.

Tarkastellessa opinnäytetyötä voidaan todeta, että useimmissa tutkimuksissa, sekä koulutuksen kehittämisessä, että täydennyskoulutusten kohdalla nähdään haasteita lähinnä sairaanhoitajien tiedoissa, tutkitun tiedon käytössä, ja jatkuvasti muuttuvissa työtehtävissä sekä niiden haasteellisuudessa. Tästä syystä perusterveydenhuollon kehittämistä suunnitellessa on tärkeää ensin luoda katsaus siellä työskentelevien sairaanhoitajien osaamiseen, koulutukseen, tietoihin ja taitoihin.

Intensiivikurssi koostui asiantuntijoiden luennoista ja tutustumiskäynneistä paikalliseen terveydenhuoltoon. Kurssilaisilla oli myös aiheisiin liittyviä ryhmätöitä.

ASIASANAT:

Täydennyskoulutus, sairaanhoitajakoulutus, terveydenhuoltojärjestelmä, ImPrim-projekti

Tiia Juntunen & Sanna Kivikankare

IMPRIM-PROJECT'S INTENSIVE COURSE

The aim of this Bachelor's thesis was to describe and report the education the nurses from project's partnership countries; Sweden, Estonia, Latvia, Belarus, Lithuania and Russia get from the lectures and visits to the Finnish primary healthcare. Intensive course was reported using the best possible accuracy from the content of the lectures to the physical learning environment. Due to the tight schedule with this thesis it was not possible to participate in the intensive course that took place in Sweden, so in this thesis the focus is on the intensive course in Finland.

The targets of examination were also the education for nurses, different forms of in-service training and the primary healthcaresystem and its development.

The material was collected by participating in to the intensive course with the nurses except the workshops. The lectures were recorded to dvd and all the materials were collected from the lecturers, which were used for support when writing the results.

Examining this bachelor's thesis, the conclusion is that most of the studies report that the challenges in the development of nurses' education and in-service training are the nurses' knowledge, use of research-based information and constantly changing tasks and the growing challenge of tasks. Based on this reason, while planning the development of the primary health care it is important to review the clinical skills, knowledge and training of the nurses working there.

KEYWORDS: Continuing professional development, nurse education, primary healthcare system, ImPrim-project

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 IMPRIM- PROJEKTI	7
2.1 Käytännön toteutuksen suunnitelma	8
3 SAIRAANHOITAJAN KOULUTUS	8
3.1 Ammattikorkeakoulu	8
3.2 Sairaanhoitaja	10
3.2.1 Sairaanhoitajan peruskoulutus (AMK)	11
3.2.2 Sairaanhoitajan täydennyskoulutus	11
3.2.3 Sairaanhoitajan jatkokoulutus	12
3.3 Sairaanhoitajien ammattitaidon kehittämiseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia	13
3.3.1 Terveystieteen täydennyskoulutus – tutkitun tiedon käyttö	13
3.3.2 Hoitotyön koulutuksen kehittämishaasteet	14
3.3.3 Verkossa tapahtuva täydennyskoulutus	15
3.3.4 Sairaanhoitajien ammatillinen kehittyminen	15
3.3.5 Yhteistyön kehittäminen eri ammattiryhmien välillä	16
3.4 Suomalainen perusterveydenhuolto	18
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS	22
5 AINEISTO JA MENETELMÄT	23
5.1 Opinnäytetyön aineisto	23
5.2 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus	23
5.3 Havainnointi	24
5.4 Aineiston analyysi	25
6 TULOKSET	26
6.1 Taustatiedot	26
6.2 Ohjelma	26
6.2.1 Luennot	27
6.2.1.1 Terveystieteenhuoltojärjestelmä Suomessa	27
6.2.1.2 Tartuntataudit Suomessa – ennaltaehkäisy ja vastuut perusterveydenhuollossa	28

6.2.1.3 Aseptiikka tarttuvien tautien ehkäisyssä	30
6.2.1.4 Sairaanhoidajien koulutus Suomessa	31
6.2.1.5 Äitiyshuolto, seksuaaliterveys ja synnytys Suomessa	32
6.2.1.6 Vanhusten kaatumisten ehkäisy	36
6.2.1.7 Mielenterveys- ja päihdehoitotyö Suomessa	38
6.2.2 Tutustumiskäynnit	41
6.2.2.1 Terveysasema ja kotihoito	41
6.2.2.2 Geriatrinen sairaala	41
6.2.2.3 Ehkäisy- ja äitiysneuvola + ultraääniyksikkö	42
7 POHDINTA	43
7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	43
7.2 Tulosten pohdinta	44
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	47
LÄHTEET	48

Liitteet

Liite 1. Nursing training in Turku 11.-15.10.2010

1 JOHDANTO

Opinnäytetyössä tarkastellaan Nordic dimension partnership in public health and social well-being (NDPHS) -yhteistyöryhmän aloittamaa ImPrim –projektia (Improvement of public health by promotion of equitably distributed high quality primary health care systems), joka kohdistuu Itämeren alueen itäisten maiden terveydenhuoltojärjestelmien saatavuuden parantamiseen sekä varojen ja resurssien lisäämiseen.

NDPHS -yhteistyöryhmän lähtökohtana olivat huomiot, joiden mukaan Itämeren alueen itäisissä osissa ongelmia aiheuttivat osittain nimenomaan terveydenhuollon henkilökunnan määrä- ja koulutuserot maaseuduilla ja kaupungeissa, sekä koulutetun henkilökunnan katoaminen hyvinvointivaltioihin. Nämä epäkohdat johtavat ongelmiin tartuntatautien leviämisen ja sosiaalisten ongelmien ehkäisemisessä sekä perusterveydenhuollossa saatavan palvelun laatuun. (NDPHS 2009.)

Koimme aiheen tärkeäksi, koska toimiva terveydenhuoltojärjestelmä on olennainen osa koko väestön terveyden ylläpitämisessä sekä edistämisessä ja siksi on tärkeä huomioida siinä ilmenevät kehittämishaasteet. Koska tartuntatautien leviäminen ja sosiaalisista tekijöistä johtuvat terveysongelmat ovat suuri osa Itämeren alueiden itäisten maiden ongelmia, on ensisijaista saada terveydenhuolto jokaisen ulottuville.

Opinnäytetyö toteutetaan osana ImPrim–projektia jossa muun muassa sairaanhoitajia koulutettiin Suomessa ja Ruotsissa järjestetyillä intensiivikursseilla. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ja raportoida virolaisten, latvialaisten, valko-venäläisten, liettualaisten, venäläisten ja ruotsalaisten sairaanhoitajien Suomessa saamaa koulutusta. Valmis opinnäytetyö tulee ImPrim- projektin käyttöön.

2 IMPRIM- PROJEKTI

ImPrim-projekti on saanut aloitteen pohjoisen ulottuvuuden yhteistyöryhmältä väestön terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin parantamisessa (NDPHS). Projektin rahoittajana toimii Baltic Sea Region. Projektin tarkoituksena on parantaa projektimaiden väestön terveyttä edistämällä perusterveydenhuoltoa oikeudenmukaisesti jakaantuvaksi korkealaatuiseksi järjestelmäksi. ImPrim -projektin tavoitteena on sekä lisätä kustannustehokkuutta perusterveydenhuoltojärjestelmässä että tehokkaasti ehkäistä tartuntatautien leviämistä samoin kuin sosiaalisista tekijöistä johtuvia terveysongelmia. Saavuttaakseen tavoitteensa, projekti pyrkii poistamaan kasvavia alueellisia eroja terveysjärjestelmien tarjonnassa, lisäämään laatua terveydenhuollon palveluissa ja lisäämään rahavaroja sekä henkilöstöä perusterveydenhuoltoon projektin yhteistyömaissa. (Compera 2009.)

Baltian maissa esiintyy laajalti terveyden eriarvoisuutta eri väestöryhmien välillä. Tämä eriarvoisuus heijastuu suoraan sosiaalisten ongelmien esiintyvyyteen. Lisäksi tämä eriarvoisuus on yksi tarttuvien tautien, kuten tuberkuloosin ja HIV:n leviämistä edistävä tekijä. Lisäksi EU Green Paper (Vihreä kirja) korostaa alueellista yhtenäisyyttä käsittelevässä osiossa epätasa-arvoisen pääsyn terveyspalveluihin olevan yksi pääesteistä terveydenhuoltojärjestelmien alueelliseen yhtenäisyyteen, joka johtuu osittain henkilöstön epätasaisesta jakaantumisesta kaupunkien ja maalaiskylien välillä maiden sisällä sekä eri maiden välillä. Koulutetut henkilöt hakeutuvat hyvinvointivaltioihin, jolloin myöskään koulutus ja ajantasainen tietotaito eivät jää näiden maiden terveydenhuoltojärjestelmään. Osoittaakseen nämä ongelmat, NDPHS -hankkeen jäsenet tekivät aloitteen ImPrim -projektista. (NDPHS 2009.)

Terveydenhuoltojärjestelmät ovat usein hyvin lääkäripainotteisia. Kuitenkin kehittyneissä maissa on huomattu tiimityön ja itsenäisesti toimivien hoitotyön ammattilaisten (mm. sairaanhoitajat, fysio- ja toimintaterapeutit) moniammatillisen yhteistyön olevan välttämätön perusta kustannustehokkaalle ja korkealaatukselle terveydenhuoltojärjestelmälle. Tämän vuoksi on hoitotyön

ammattilaisten täydennyskoulutusten sekä ammatillisen koulutuksen kehittymisen katsottu olevan hyvin tärkeää ennaltaehkäisevän elämäntapaneuvonnan ja yhteisöperustaisen työtavan kannalta. (Bayer 2008.)

2.1 Käytännön toteutuksen suunnitelma

Intensiivikurssi Suomessa toteutetaan kokonaisuudessaan lokakuussa 2010 viikolla 41. Intensiivikurssi alkaa maanantaina 11.10.2010 luennolla suomalaisesta perusterveydenhuoltojärjestelmästä ja sairaanhoitajan erilaisista rooleista siinä. Ensimmäisen aamupäivän aikana käydään myös kierroksella terveyskeskuksessa. Muut iltapäivät, ensimmäistä lukuunottamatta, alkavat opintokäynnillä, joka toteutetaan viiden hengen ryhmissä, joissa on 2-3 ryhmäläistä kuunteluoppilaina. Ryhmät seuraavat sairaanhoitajia työssään iltapäivän ajan. Jokainen ryhmä tulee intensiivikurssin aikana seuraamaan kaikkia aiheita, kutakin aihetta yhtenä päivänä kerrallaan. Illalla tai seuraavan päivän aamuna on reflektoivaa keskustelua käydystä aiheesta sekä kokemusten jakamista ja vertailua eri maiden hoitojen toteutumisesta. Jokaisella osallistujalla on yksilöllinen opintosuunnitelma ja kurssin oppilaat pitävät oppimispäiväkirjaa intensiivikurssin ajan. Osallistujilla on velvoite järjestää samantyyppisiä työpajoja oman maansa sairaanhoitajille intensiivikurssin vaikutuksen aikaansaamiseksi myös kohdemaassa. Koko viikon ohjelma on aikataulullisesti sama; aamulla keskustelut ja luennot, iltapäivällä opintokäynnit. Joka päivälle on oma aiheensa.

3 SAIRAANHOITAJAN KOULUTUS

3.1 Ammattikorkeakoulu

Ammattikorkeakoulu käynnistettiin ja kehitettiin Suomessa ammattikorkeakoulukokeiluna 1992 opistojen pohjalta, jotka ymmärrettiin keskiasteen koulutukseksi. Tämä uudistus oli merkittävä koko yhteiskunnan

kannalta, koska se muokkasi Suomen yksihaaraisen korkeakoulujärjestelmän kaksihaaraiseksi. (Lampinen 1995, Laaksonen 2006, 5 mukaan.) Näin perinteiset tiede- ja taidekorkeakoulut saivat rinnalleen uuden korkeakoulupolun (Laaksonen 2006, 5).

Ammattikorkeakoulun tehtävänä oli toimia alusta asti yliopiston rinnalla toisena korkeakouluna. Ammattikorkeakoulu ja yliopisto muodostavat yhdessä korkeakoulujärjestelmään niin sanotun duaalimallin. Yliopiston painottaessa teoriaa, on ammattikorkeakoulun tehtävänä tarjota vaihtoehto käytännön asiantuntijatehtäviin, päämääränä on sitoutua työelämään ja sen kehitystekijöihin. (Lampinen 1995, Laaksonen 2006, 5 mukaan.)

Kehitetyn ammattikorkeakoulu-uudistuksen tarkoituksena oli monipuolistaa korkeakoulujärjestelmää sekä opintomahdollisuuksia, mutta yksi tärkeä päämäärä oli kuitenkin parantaa ammatillisen koulutuksen asemaa kansainvälisessä kontekstissa. Näin suomalaiset opiskelijat, opettajat ja oppilaitokset sekä koulutus olisivat helpommin rinnastettavissa ja tasavertaistettavissa esimerkiksi muihin Euroopan maihin. (Remes 1995, Laaksonen 2006, 6 mukaan.)

Ammattikorkeakoululaki astui voimaan toukokuussa vuonna 2003. Laissa määriteltiin muun muassa ammattikorkeakoulujen asema ja tehtävät sekä opiskelijoihin kohdistuvat kelpoisuusvaatimukset. Laki määrittää ammattikorkeakoulujen tehtävän seuraavanlaisesti:

”Ammattikorkeakoulujen tehtävänä on antaa työelämän ja sen kehittämisen vaatimuksiin sekä tutkimukseen, taiteellisiin ja sivistyksellisiin lähtökohtiin perustuvaa korkeakouluopetusta ammatillisiin asiantuntijatehtäviin, tukea yksilön ammatillista kasvua ja harjoittaa ammattikorkeakouluopetusta palvelevaa sekä työelämää ja aluekehitystä tukevaa ja alueen elinkeinorakenteen huomioon ottavaa soveltavaa tutkimus- ja kehitystyötä sekä taiteellista toimintaa. Tehtäviään hoitaessaan ammattikorkeakoulujen tulee edistää elinikäistä oppimista.” (Ammattikorkeakoululaki 2003.)

Opintojen mitoituksen peruste on nykyään opintopiste. Ammattikorkeakoulututkintojen laajuus perustutkinnosta riippuen on 210 - 270 opintopistettä. Tämä tarkoittaa ajallisesti noin kolmen - neljän vuoden opintoja. Tarjottavien ylempien ammattikorkeakoulututkintojen laajuus on 60 - 90 pistettä ja kokopäiväisesti opiskellen opinnot kestävät vuodesta puoleentoista vuoteen. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2006.)

Euroopassa ja myös Suomessa on otettu laajasti käyttöön yhteinen opintojen mitoitustjärjestelmä European Credit Transfer and Accumulation System (ETCS). Suomen ammattikorkeakoulut ovat siirtyneet opintojen mitoituksessa ETCS:n opintopistetjärjestelmään vuonna 2005. Opintopisteet ovat suhteutettuna opintojakson työmäärään, joka tarvitaan koko lukuvuoden opintojen suorittamiseen. Opintopistetjärjestelmässä opiskelijan lukuvuoden työmäärä Suomessa on 60 opintopistettä, joka vastaa 1600 työtuntia (aiemmin 40 opintoviikkoa). (Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2006.)

3.2 Sairaanhoitaja

Sairaanhoitaja on alansa asiantuntija, jonka tehtävänä yhteiskunnassa on tukea yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä sekä auttaa määrittämään, saavuttamaan ja ylläpitämään heidän terveyttään muuttuvissa olosuhteissa ja eri toimintaympäristöissä. Näitä toimintaympäristöjä ovat esim. perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja sosiaalihuolto sekä yksityisen ja kolmannen sektorin alueet. Sairaanhoitajan tulee toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on samanaikaisesti terveyttä ylläpitävää ja edistävää, sairauksia ehkäisevää sekä parantavaa ja kuntouttavaa. Tehtävänä on myös tukea eri elämänvaiheissa olevien ihmisten sekä yhteisöjen voimavaroja ja auttaa ihmisiä kohtaamaan sairastuminen, vammautuminen tai kuolema. Sairaanhoitaja toimii itsenäisesti hoitaessaan potilaita ja samalla hän toteuttaa lääkärin ohjeiden mukaista potilaalle määrättyä lääketieteellistä hoitoa. Tärkeäksi asiaksi nousee kyky toimia ja työskennellä yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa. (Lauri 2007, 106; Turun ammattikorkeakoulu 2007–2011.)

3.2.1 Sairaanhoidajan peruskoulutus (AMK)

Suomessa ammattikorkeakoulujen (AMK) opetussuunnitelmat ja niiden sisällöt vaihtelevat eri oppilaitoksissa. Yleisenä tavoitteena on kuitenkin antaa opiskelijoille hyvät valmiudet ja teoreettiset perusteet asiantuntijatehtävissä toimimista varten. Toisena tavoitteena on, että opinnot takaavat valmiudet alan kehittämisen seuraamiseen sekä ammattitaidon kehittämiseen. Alan opiskelijalle annetaan myös mahdollisuus hankkia riittävät kieli- ja viestintätaidot ja tietoa kansainvälisestä toiminnasta. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 15.) Nykyinen sairaanhoidajan koulutuksen laajuus on 210 opintopistettä (AMK) ja tutkinnon voi suorittaa 3,5 vuodessa. Opinnot muodostuvat perus- ja ammattiopinnoista, ohjatusta harjoittelusta, vapaasti valittavista opinnoista sekä opinnäytetyöstä. (Turun ammattikorkeakoulu 2007–2011.)

3.2.2 Sairaanhoidajan täydennyskoulutus

Lääketieteen, tekniikan ja yhteiskunnan kehittyessä on myös sairaanhoidajan jatkuvasti kouluttauduttava ollakseen ajan tasalla lääkityksen, hoitomuotojen ja tiedon uusiutuessa toimiakseen tehokkaasti ja saadakseen tuloksia hoitotyön ammattilaisena. Kun suuri osa väestöstä vanhenee, muuttuvat myös yhteiskunnan vaatimukset ja hoitotyön resurssien vähentyessä on olemassa olevaa tutkittua tietoa osattava hyödyntää tehokkaasti käytäntöön. (Suomen sairaanhoidajaliitto ry 2010a.)

Täydennyskoulutus on ammatillisen perusopinnojen suorittaneille suunnattua lyhyt- tai pitkäkestoista ammatillista lisäkoulutusta. Täydennyskoulutus ei varsinaisesti tuota uutta ammattipätevyyttä tai ammattitutkintoa, vaan se liittyy aina työtehtäviin tai soveltuu laaja-alaisesti ammattitehtäviin. Täydennyskoulutuksen tavoitteena voidaan pitää terveydenhuollon henkilöstön ammattitaidon kehittämistä, ylläpitämistä ja syventämistä työntekijän koulutustarpeisiin sekä terveydenhuollon toimintayksiköiden perustehtävään ja toiminnan kehittämiseen perustuen. Täydennyskoulutuksella voidaan parantaa palveluiden laatua, asiakastytyväisyyttä, potilasturvallisuutta, toiminnan

tuloksellisuutta sekä edistää henkilökunnan työmotivaatiota, työhön sitoutumista, työtyytyväisyyttä ja hyvinvointia. (STM 2003; STM 2004.)

Kansainvälisesti täydennyskoulutus nähdään laadunhallintaan liittyvänä tavoitteellisenä ja pitkäkestoisena ammattitaidon kasvun ja kehittämisen välineenä; siellä kirjallisuudessa täydennyskoulutuksesta käytetään termiä Continuing Professional Development (CPD) (Pakkonen 2009, 14).

Terveystenhuollon ammattilaisille järjestettävä täydennyskoulutustarjonta on runsasta ja sitä voidaan toteuttaa monin eri tavoin. Se voi olla työpaikalla tapahtuvaa koulutusta tai erilaisten täydennyskoulutusyksiköiden tai vastaavien järjestämää koulutusta. Myös Sairaanhoidajaliitto järjestää omia koulutuksia. Lisäksi ammattikorkeakoulut järjestävät erikoistumisopintoja, mutta ne eivät johda tutkintoon. Opinnot ovat 20-40 opintoviikon kokonaisuuksia, joissa voidaan käsitellä esimerkiksi kivunhoitotyötä, perioperatiivista hoitotyötä tai syöpäpotilaan hoitotyötä. (STM 2004; Suomen sairaanhoidajaliitto ry 2010b.)

3.2.3 Sairaanhoidajan jatkokoulutus

Sairaanhoidajan ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut voi halutessaan suorittaa myös ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon. Tämän tutkinnon suorittamisen tavoitteena on nimenomaan vastata työelämän kasvaviin osaamisvaatimuksiin, samalla vahvistaen myös ammattikorkeakoulun ja työelämän välistä yhteistyötä. Terveystenalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto mahdollistaa uudenlaisen osaamisen sosiaali- ja terveystenalan kehittämis-, johtamis- ja asiantuntijatehtävissä. Sen suoritettuaan sairaanhoidaja voi toimia muun muassa terveystenhuollon palvelu- ja yritystoiminnan kehittämis- ja asiantuntijatehtävissä tai lähi- ja keskijohdon esimiestehtävissä. Kansainvälisessä käytössä oleva tutkintonimike tälle on Master of Health Care. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto perustuu aikaisemmin suoritetulle terveystenalan tutkinnolle sekä kolmen vuoden alaa vastaavalle työelämän kokemukselle. Opintojen laajuus on 90 opintopistettä eli se vastaa noin kahden vuoden opintoja. (Ammattikorkeakoululaki 16.62005/423; Turun ammattikorkeakoulu 2007-2011.)

3.3 Sairaanhoidajien ammattitaidon kehittämiseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia

3.3.1 Terveysalan täydennyskoulutus – tutkitun tiedon käyttö

Pakkosen (2009) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ammattikorkeakoulun ammatilliset erikoistumisopinnot suorittaneen terveydenhoitajan, sairaanhoitajan ja kättilön käsityksiä tutkitun tiedon käytön edistävästä tekijöistä ja käytön esteistä hoitotyössä, sekä kuvata heidän omia kokemuksiaan ammatillisten erikoistumisopintojen aikaisesta tutkitun tiedon käyttöön liittyvästä opetuksesta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa ammatillisten erikoistumisopintojen kehittämiseen, suunnitteluun ja opettamisen arviointiin liittyviin asioihin.

Tutkitun tiedon ja sen saatavuuden, julkaisemisen ja hyväksyttävyyden edistävinä tekijöinä täydennyskoulutusopiskelijat kuvasivat tutkitun tiedon käytännönläheisyyden ja helpon saatavuuden. Lisäksi pidettiin tärkeänä tutkitun tiedon julkaisemista suomen kielellä. Tiedon julkaisemista tulisi heidän mukaan toteuttaa enemmän keskeisissä ammattilehdissä. (Pakkonen 2009.)

Organisaatioon liittyen täydennyskoulutusopiskelijat kokivat työyhteisön yhteistyön ja tutkitusta tiedosta keskustelemisen tutkitun tiedon käyttöä edistäväksi tekijäksi. Työyhteisön hyvä työilmapiiri, kollegoiden tuki ja yhteinen halu kehittämiseen nostettiin keskeisiksi tekijöiksi, jotka edistivät työyhteisön sisällä tutkitun tiedon käyttöä. Organisaation taholta täydennyskoulutusopiskelijat kaipasivat aikaa lukea ja soveltaa tutkittua tietoa käytäntöön. Lisäksi organisaatiojohdon taholta kaivattiin osastonhoitajaa ja ylihoitajaa, jotka kannustavat, tukevat ja näyttävät esimerkkiä tutkitun tiedon käytöstä. (Pakkonen 2009.)

Hoitajaan liittyviä tutkitun tiedon käyttöä edistäviä tekijöitä täydennyskoulutusopiskelijat kuvasivat hoitajan oman kiinnostuksen, motivaation ja halun kehittää työtään sekä avoimen asenteen muutoksille. Lisäksi nousi esille itse täydennyskoulutus, sinne hakeutuneet opiskelijat

kuvasivat koulutuksen ja erilaiset lyhyemmät koulutustilaisuudet merkittäviksi tutkitun tiedon käytön edistäjiksi. (Pakkonen 2009.)

Tarkasteltaessa täydennyskoulutusopiskelijan kokemaa tutkitun tiedon käytön opetusta nousi esille muun muassa se, että opettajan toiminta ja tekemällä oppiminen tuki tutkitun tiedon käyttöä ammatillisten erikoistumisopintojen aikana enemmän kuin opetusjärjestelyt. Eri ammattinimikkeellä, peruskoulutuksella tai sukupuolella ei todettu olevan tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä toisin kuin koulutustaustalla. Ammattikorkeakoulusta valmistuneet kokivat, että tutkitun tiedon käytön tekemällä oppiminen oli vähäisempää kuin ei-ammattikorkeakoulusta valmistuneiden täydennyskoulutusopiskelijoiden kokemana. (Pakkonen 2009.)

Tarkasteltaessa osa-alueiden korrelaatioita voitiin todeta, että mitä paremmin opetusjärjestelyt täydennyskoulutusopiskelijan mielestä toteutuivat, sen vähemmän hän koki esteitä tutkitun tiedon saatavuuteen, julkaisemiseen ja hyväksyttävyyteen liittyviin tekijöihin. (Pakkonen 2009.)

3.3.2 Hoitotyön koulutuksen kehittämishaasteet

Erikssonin ym. (2005) tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyön johtajien, opettajien sekä hoitotyöntekijöiden tämänhetkisiä näkemyksiä hoitotyön ja sen koulutuksen tulevaisuuden haasteista opetuksen sisältöjen sekä menetelmien kehittämiseksi. Tutkimuksen tavoitteena oli saada niin työelämälähtöistä kuin opettajalähtöistä tietoa, jonka avulla olisi mahdollista kehittää koulutusta vastaamaan paikallisia, alueellisia ja kansallisia tarpeita aikaisempaa paremmin.

Tutkimuksen tuloksena ja johtopäätöksenä voitiin todeta, että terveydenhuollon tulevaisuuden suurena haasteena on väestön ikääntyminen, monikulttuurisuuden lisääntyminen ja päihde- ja mielenterveysongelmien kasvaminen. Haasteena on myös erilaisten yhteistyöverkostojen lisääntyminen ja niiden kasvava tarve sekä avohoitopainotteisuus. Itse hoitotyön kehittäminen perustuu terveydenhuollossa yleisesti esiintyviin tulevaisuuden haasteisiin;

keskeisenä asiana tässä voidaan tuoda esille nimenomaan hoitajien työtehtävissä tapahtuvat muutokset, jotka liittyvät muun muassa tehtäväsiirtoihin. (Eriksson ym. 2005.)

Koulutukseen liittyvät odotukset taas koskivat lähinnä opetuksen sisällöllisiä tekijöitä, mutta myös koulutuksen tarjontaa sekä opetuksen eri menetelmiä, organisointia ja tehtäviä. Koulutuksen tulisi tuottaa hoitotyön ammattilaisia, joilla on osaamista hyvän hoitamisen ydinalueilta. Substanssialueina tulivat esille erityisesti lasten- ja nuorinhoitotyö, päihde- ja mielenterveystyö, vanhushoitotyö sekä akuuttihoitotyö. (Eriksson ym. 2005.)

Myös osaamisen ylläpitäminen sekä kehittäminen ovat oleellinen osa hoitotyöntekijöiden menestymistä tulevaisuudessa. Tulevaisuudessa hoitotyön uudet haasteet vaativat jatkuvaa koulutuksen kehittämistä, jota tulee tehdä kiinteässä yhteistyössä sekä hoitotyöntekijöiden että hoitotyön johtajien kanssa. (Eriksson ym. 2005.)

3.3.3 Verkossa tapahtuva täydennyskoulutus

Lahden (2009) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sitä, miten psykiatriset sairaanhoitajat kokivat verkossa tapahtuvan täydennyskoulutuksen. Tutkimus oli osa hanketta, jonka tarkoituksena oli selvittää verkossa toteutettavan täydennyskoulutusohjelman kehittämishaasteet. Tutkimus osoitti, että oppimistarpeet hoitajilla liittyivät vanhan asian kertaamiseen sekä uuden teorian tiedon oppimiseen. Haasteet, uhat ja mahdollisuudet verkossa tapahtuvaan opiskeluun todettiin liittyvän muun muassa motivaatioon, työhön ja aikaan. Tutkimus osoitti verkko-opiskelun olevan menetelmänä hyödyllinen. Joskin tutkimustulokset kertovat, että riittävän tuen ja resurssien, kuten opiskeluajan, resurssointi verkossa opiskeleville hoitajille on tärkeää. (Lahti 2009.)

3.3.4 Sairaanhoitajien ammatillinen kehittyminen

Casey:n ja Clark'in (2009) kirjallisuuskatsauksena toteutetun tutkimuksen tarkoituksena oli antaa informaatiota sairaanhoitajille ja kättilöille jotka saattavat

pohtia koulutuksensa päivittämistä ja jatkamista nykyiselle korkeakouluasteelle vanhan opistomallisen tutkinnon loputtua.

Tutkimus toimi viitekehyksenä ennakoiduille muutoksille, jotka johtuvat siitä, että korkeakoulututkinnosta tulee alin pätevyysaste sairaanhoitotyössä. Hoitotyö vaatii ammatinharjoittajiltaan jatkuvasti enemmän tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa ja taitoa sekä kriittistä ajattelua ja johtajuutta sekä päätöksentekoa. Sairaanhoitajan työn vaatimukset tulevat vain kasvamaan moniammatillisen työn lisääntyessä ja hoitajien roolien muuttuessa vastaamaan tämän päivän potilaiden tarpeita. Sairaanhoitajan rooli terveydenhuollossa tulee edelleenkin olemaan elintärkeä osa hoitoketjua. Työnkuvan ja koulutuksen muuttuessa on luotava liukuva malli opistoasteisille sairaanhoitajille, jotta myös he pystyisivät vastaamaan tulevaisuuden työn haasteisiin ilman, että heidän kuitenkaan olisi pakollista suorittaa lisää akateemisia opintoja. (Casey & Clark 2009, 35–36.)

Koulutuksen uudistamisella taataan pätevyysvaatimukset, jotka vastaavat tämän päivän hoitotyön haasteita ja varmistavat että kaikilla valmistuvilla sairaanhoitajilla on vaadittavat taidot turvalliseen ja tehokkaaseen hoitotyöhön. Tutkimusten mukaan hoitajien korkeampi koulutusaste (opistotaso vs. korkeakoulu) tarkoittaa pienempää potilaskuolleisuutta, suurempaa määrää päteviä sairaanhoitajia sekä alan parempaa vetovoimaisuutta. Korkeakouluasteisilla sairaanhoitajilla tuntuu olevan myös parempi kyky nähdä eri metodien avulla omat kehittämiskohteensa sekä heillä on halua kehittää ammattitaitoaan ja osaamistaan jatkuvasti. Korkeakoulupohjaisen tutkinnon perustana onkin elinikäinen oppiminen ja sen kehittäminen. (Casey & Clark 2009, 35–36.)

3.3.5 Yhteistyön kehittäminen eri ammattiryhmien välillä

Tutkimukseen osallistui perusterveydenhuollon työntekijöitä The Community Care Access Centre:stä (CCAC) ja KFL&A terveyskeskuksesta, joka on Kingstonin, Frontenacin, Lennoxin ja Addingtonin kuntien yhteinen terveyskeskus. Näiden välillä oli todettu selkeitä kommunikaatiokatkoksia ja

informaation kulun häiriöitä potilaiden hoidossa johtuen todennäköisesti sairaaloiden struktuurin muutoksesta 1990-luvulla, jolloin kunnalliset lääkärit jäivät pois päätöksenteosta. Tutkimus toteutettiin työpajatyypeissä case-tapauksina moniammatillisissa ryhmissä jokaisen ryhmän esitellessä lopuksi hoidon suurimmat ongelmat ja mahdolliset ratkaisumahdollisuudet koko osallistujajoukolle. (Delva ym. 2008.)

Kanadassa toteutetun tutkimuksen mukaan potilaslähtöinen, case-tyyppinen työskentely perusterveydenhuollon moniammatillisessa yhteistyössä edistää hoitotyön ja hoitokäytäntöjen kehittämistä ja tehokkuutta sekä korostaa potilas- ja perhekeskeisyyden tavoitteita ja arvoja. Työskentelymallin todettiin myös lisäävän toisen työn arvostusta ja keskinäisen kunnioittamisen kasvavan ammattiryhmien välillä sekä parantavan kommunikaatiota. Aiemmin on ajateltu todellisen moniammatillisen yhteistyön kehittyvän edistämällä koulutuksen kautta moniammatillisuuden painotusta. Mutta on todettu, ettei kehitystä tapahdu ilman, että työympäristöt tukevat tämänkaltaista muutosta, jolloin kehittäminen on vietävä suoraan kentällä tapahtuvaan työhön ja myös niille, joita uudenlainen koulutus ei muuten tavoita. Järjestelmä ei tule kehittymään, ellei varsinainen työympäristö ymmärrä yhteistyön ”raja-aidoissa” tapahtuvaa muutosta. Työyhteisön on nähtävä ja ymmärrettävä moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen positiivisena ja koko terveydenhuoltojärjestelmää kehittäväna asiana potilastyössä. (Delva ym. 2008.)

Osallistujat myönsivät terveydenhuoltojärjestelmän olevan monimutkainen ja vaatii jokaiselta joustavuutta vastatakseen parhaiten potilaiden tarpeita. Henkilökohtaisen kommunikaation puute ja vaikea pääsy potilastietoihin sekä epätietoisuus käytettävissä olevista resursseista ja ammattiryhmistä jatkohoitopaikassa aiheutti eniten turhautuneisuutta. Työpajat auttoivat osallistujia näkemään uudelleen yhteisen tavoitteensa tuottaa korkealaatuisia terveydenhuollon palveluita ja aiheutti keskustelua ilmenneiden ongelmien ratkaisemiseksi yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Keskustelu paljasti joidenkin organisaatioiden olevan joustavampia rajoitteiden poistamiseksi. Arvostus toisen työtä ja roolia sekä kokonaisuutena terveydenhuoltoa kohtaan vähensi syyttelyä ja valitusten määrää aiheuttaen yhteistyökykyisen,

tavoitteellisen ilmapiirin. Työpajat auttoivat osallistujia näkemään muiden ammatinharjoittajien kohtaamia ongelmia potilaan hoidossa sekä lisäsi tiimityöajattelua, konsultointia ja oman tiedon jakamista muille me-hengen mukaisesti tuoden osallistujia lähemmäs toisiaan yhteistyötä parantaen. (Delva ym. 2008.)

3.4 Suomalainen perusterveydenhuolto

Kunta on paikallisella tasolla toimiva julkishallinnon yksikkö, jonka tehtävänä on kuntalain perusteella alueensa väestön hyvinvoinnin ylläpito. Kunnan tehtävänä on pitää huolta kansanterveystyöstä, jolla tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä yksilön sairaanhoitoa. Kunta voi tuottaa perusterveydenhuollon palvelut yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa perustamalla tätä tehtävää varten kuntayhtymiä. Lisäksi kunnat voivat ostaa palveluja joko muilta kunnilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Terveysdenhuollon perustana on kansalaisten perustuslakiin kirjattu oikeus saada riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluja. (Kansanterveyslaki 1-5 §; Peltonen 2009.)

Termi kansanterveystyö tuli käyttöön 1970-luvulla ja siihen kuuluu kaikki kansanterveyslaissa määritelty terveyskeskuksen toiminta. Termiä perusterveydenhuolto alettiin taas käyttää 1980-luvun loppupuolelta lähtien ja se kuvaa lähemmin kansainvälistä perusterveydenhuollon käsitettä "primary health care". Tämä käsite kattaa kuitenkin vähemmän palveluita kuin kansanterveystyö. Lisäksi Suomen perusterveydenhuoltoon kuuluu osa sairaalahoitoa ja ympäristöterveydenhuolto. (Lehto ym. 2001, Peltonen 2009, 17-18 mukaan)

Suomessa siis kunnat vastaavat terveydenhuollon järjestämisestä. Perusterveydenhuolto toteutetaan terveyskeskuksissa. Kansanterveyslain mukaan terveyskeskuksen tehtävänä on huolehtia terveysneuvonnasta ja sairauksien ennaltaehkäisevästä työstä sekä järjestää neuvolatoimintaa, esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolat. Lisäksi sen tulee järjestää asukkaiden yleiset terveystarkastukset ja seulontatutkimukset, koulu- ja

opiskelijaterveydenhuolto sekä työterveyshuolto. Muita kuntalaisille tarjottavia palveluita ovat hammashuolto, sairaanhoito, kotisairaanhoito, kuntoutuspalvelut ja sairaankuljetus. Lisäksi kunnan tulee järjestää sellaiset mielenterveyspalvelut, joita on tarkoituksenmukaista antaa terveyskeskuksissa. (STM 2004:11.)

Suomessa käynnistyi vuosina 2002–2007 kansallisen terveyshankkeen aloitteesta useita hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden uuteen työnjakoon suunnattuja kokeiluja. Perusterveydenhuollossa hankkeiden kehittämistyö suuntautui keskeisesti vastaanottotoimintaan ja siellä toteutettavaan henkilöstön, eli pääasiallisesti lääkäreiden sekä sairaan- ja terveydenhoitajien, keskinäiseen työnjakoon. Hoitajien työnkuvaa laajennettiin hankkeiden aikana sairaanhoidollisiin tehtäviin jolloin tehtäväalueeseen kuuluivat puhelinneuvonta, hoidon tarpeen arviointi, pitkäaikaissairaiden seuranta sekä infektiosairauksien hoitoon ohjaus ja osittainen hoito. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, Peltonen 2009, 17 mukaan.)

Koska suomalaisia tutkimuksia ja selvityksiä lääkäreiden ja hoitajien työstä ja heidän keskinäisestä työnjaostaan ja yhteistyöstä perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa löytyy vähän, oli Peltonen (2009) päättänyt tehdä aiheesta tutkimuksen. Peltosen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan järjestelyjä hallinnon edustajien, lääkäreiden, hoitajien ja asiakkaiden arvioimina. Lisäksi tutkimuksessa oli tarkoituksena verrata lääkäreiden ja hoitajien tiimi- ja työparityön toteutumista ja hoitajien itsenäistä tehtäväaluetta vastaanottotoiminnassa. Tavoitteena oli luoda saaduista tuloksista perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan toimintamalli.

Tutkimuksen tuloksena selvisi, että vastaanottotoiminnan arviointia ja suunnittelua tulee tehostaa vastaanottotoiminnan edelleen kehittämisessä niin hallinnon edustajien, lääkäreiden kuin hoitajienkin mukaan. Lääkäreiden, hoitajien ja asiakkaiden mukaan vastaanottotoimintaan tulee myös suunnitelmallisesti kohdentaa lisäresursseja. (Peltonen 2009.)

Hoitajien näkemys vastaanottotoiminnan kehittämiseen oli se, että vastaanottotoiminnassa tulisi keskittyä enemmän tehtävän työn suunnitteluun ja hoidon arvioinnin tehostamiseen, työnjaon toimintamallin syventämiseen ja/tai uudistamiseen, riittävien resurssien kohdentamiseen vastaanottotoiminnassa sekä vastaanottotyöhön liittyvien toimintojen uudistamiseen. (Peltonen 2009.)

Hallinnon edustajilta, lääkäreiltä ja hoitajilta haluttiin myös selvittää, miten perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa hoitajien ja lääkäreiden keskinäistä työnjakoa voitaisiin edelleen kehittää. Hoitajien mukaan hoitajien ja lääkäreiden työnjakoa voidaan kehittää toimintatapoja uudistamalla ja työnjakoa selkiyttämällä. Lisäksi keskinäistä työnjakoa voidaan kehittää järjestämällä lääkäreille ja hoitajille yhteistä aikaa. Heidän tulisi keskittyä työnjakoa tukeviin seikkoihin eli keskinäiseen tiimityöhön ja vuorovaikutukseen sekä kunnioituksen ja luottamuksen rakentamiseen. Työnjaon kehittämiseen liittyy hoitajien mukaan heidän asiantuntijuutensa edistäminen lisäkoulutuksen avulla sekä tietyiltä osin toimintojen uudistaminen lisäämällä puhelinaikoja asiantuntijahoitajille sekä lääkäreille vastaanottoja ilman ajanvarausta. (Peltonen 2009.)

Hoitajien mukaan heidän itsenäisen vastaanottotoiminnan työn edut ovat tulleet esille siten, että hoidon laatu ja saatavuus ovat parantuneet, ja lääkäreiden vastaanottotyö on muuttunut. Lisäksi heidän mielestään etuina ovat olleet omien tehtäväalueiden laajentuminen vastaanottotoiminnassa ja työn muuttuminen kiinnostavammaksi, haastavammaksi, monipuolisemmaksi ja mielekkäämmäksi. Näin ollen työmotivaatio on lisääntynyt, päätöksentekotaidot ovat kehittyneet ja työhön on tullut kokonaisvaltainen ote. Hoidon saatavuuden parantuminen näkyy joustavuuden lisääntymisenä ja hoitoon pääsyn nopeutumisena. Hoidon laadun parantumiseen on hoitajien mukaan taas liittynyt kokonaisvaltainen asiakas- ja potilastyön kehittyminen, johon kuuluvat potilaiden hoidon sisällön ja hoitajan ja potilaan yhteistyön kehittyminen. Hoitajien itsenäisen työskentelyn myötä vastaanottotoiminnassa muuttui lääkäreiden vastaanottotoiminta siten, että lääkäreiden työpaine helpottui ja hoitajan toiminta edesauttoi lääkärin vastaanottotyötä. (Peltonen 2009.)

Tutkimustulosten ja kirjallisuuden perusteella laadittiin toimintamalli, jossa kuvataan hoitajien tehtäväaluetta, lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutumista vastaanottotoiminnassa sekä perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan järjestelyjä. Mallissa toiminnan keskipisteenä ovat terveyskeskuksen asiakas, joka arvioi säännöllisesti vastaanottopalvelujen toimivuutta ja saatavuutta. Paikallisiin oloihin sovelletut hoitosuosituksot ohjaavat vastaanottotoimintaa sekä henkilöstöryhmien työnjakoa. (Peltonen 2009.)

Terveyskeskusten johtajien tehtävänä on kuvata yhteistyössä henkilöstön kanssa perustehtävien tavoitteet, hoitoketjut ja toimintaprosessit, toimintakäytännöt ja -mallit. Lisäksi johtajat osallistuvat aktiivisesti henkilöstönsä kanssa yhteistyössä toiminnan suunnitteluun, turvaavat tarvittavat resurssit ja seuraavat sekä arvioivat toimintaa säännöllisesti. Toimintamallin perusteella vastaanottotoiminnan tavoitteena on turvata asiakkaiden ja potilaiden yhteydensaanti ammattihenkilöön, toimivuus ja palveluiden hyvä saatavuus sekä potilaiden hoidon jatkuvuus. (Peltonen 2009.)

Lääkärit ja hoitajat vastaavat osaltaan hoitoprosesseista, asiakastyöstä sekä omien ammattitietojensa ja -taitojensa ylläpidosta. Lääkäri vastaa ehkäisevästä työstä, potilaiden tutkimisesta, taudin määrittelystä sekä sairauksien hoidosta. Vastaanottojen ajanvaraustoiminta järjestetään niin, että asiakas ottaa suoraan yhteyden omaan hoitajaansa, joka huolehtii ajanvarauksesta omalle vastaanotolle ja lääkärille. Itsenäisesti vastaanotolla työskentelevät sairaan- tai terveydenhoitajat vastaavat työssään muun muassa tavallisempien kansansairauksien ehkäisystä, näiden potilaiden hoitoonohjauksesta ja hoidon seurannasta sekä tutkimuksiin ohjaamisesta. Lääkäreiden ja hoitajien työnjaossa vastuun- ja tehtävienjaot sovitaan kirjallisesti ja järjestettävät keskinäiset konsultaatiot tukevat yhteistyötä sekä työnjakoa. (Peltonen 2009.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ja raportoida ImPrim-projektin (Improvement of public health by promotion of equitably distributed high quality primary health care systems) yhteistyökumppanimaista Ruotsista, Virosta, Latviasta, Valko-Venäjältä, Liettuaista ja Venäjältä tulleiden sairaanhoitajien luennoilla ja tutustumiskäynneillä saamaa koulutusta Suomessa. Raportoimme kurssin mahdollisimman tarkasti luentojen sisällöistä aina fyysiseen oppimisympäristöön asti. Aikataulullisista syistä johtuen emme pääse osallistumaan Ruotsissa tapahtuvaan koulutukseen, joten keskitymme työssämme kuvaamaan vain Suomessa tapahtuvaa intensiivikoulutusta. Valmis opinnäytetyö tulee ImPrim- projektin käyttöön.

5 AINEISTO JA MENETELMÄT

5.1 Opinnäytetyön aineisto

Opinnäytetyössämme käytetty aineisto kerättiin havainnoimalla ja videoimalla luentoja, lisäksi olimme mukana opintokäynneillä. Koska projekti on ainoa laatuaan, ja meidän osuutemme on raportoida ohjelma, jonka sairaanhoitajat intensiivikoulutuksesta saavat, ei aineistonkeruumenetelmäksi sovi muu kuin havainnoiva tutkimus. Tutkimustyyppejä mukaillen voimme todeta työmme olevan kvalitatiivinen eli laadullinen.

5.2 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus vastaa kysymyksiin: Miksi? Miten? Millainen? Kvalitatiivinen tutkimus auttaa ymmärtämään ja selittämään tutkimuskohdetta ja sen käyttäytymisen ja päätöksen syitä. Tyypillisempiä aineistonkeruumenetelmiä ovat henkilökohtaiset haastattelut, ryhmähaastattelut, havainnointi, eläytymismenetelmät sekä valmiit aineistot ja dokumentit. (Heikkilä 2005, 13–17.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, johon sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä on muun muassa se, että tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, ja aineisto kootaan luonnollisessa, todellisissa tilanteissa. Tiedon keruun instrumenttina suositaan ihmistä, mutta apuna täydentävän tiedon hankinnassa monet käyttävät myös erilaisia lomakkeita ja testejä. Aineiston hankinnassa käytetään laadullisia metodeja kuten teemahaastattelua, osallistuvaa havainnointia, ryhmähaastattelua ja erilaisia dokumentteja. Tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, eikä satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. Tutkimussuunnitelma muotoutuu koko ajan tutkimuksen edetessä eli suunnitelmia muutetaan olosuhteiden mukaisesti. Tapauksia käsitellään ja

tutkitaan ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi 2007, 157, 160.)

5.3 Havainnointi

Havainnointi on yksi tavallisin aineistonkeruumenetelmä kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Sen vaativuuden vuoksi sitä käytetään kuitenkin melko vähän hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Lähtökohtana havainnoinnissa on halu ymmärtää näkemäänsä ja kokemaansa ja sitä kautta hahmottaa ympäristöään. Havainnointi sopii käytettäväksi silloin, kun tutkimusaiheesta tiedetään hyvin vähän tai ei lainkaan. Havainnoinnin avulla tutkittavan asian näkee selkeämmin asiayhteydessä ja näin asiasta voi saada monipuolisemman kuvan. Usein havainnointiin kytketään myös muita aineistonkeruumenetelmiä kuten videointi tai haastattelu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 93–94.)

Havainnoinnin suuri etu on se, että sen avulla voidaan saada suoraa, välitöntä tietoa yksilöiden, ryhmien tai organisaatioiden käyttäytymisestä ja toiminnasta. Havainnoinnin avulla päästään luonnollisiin ympäristöihin ja sen vuoksi voidaankin sanoa, että se on todellisen elämän ja maailman tutkimista, koska se välttää keinotekoisuuden, joka on monien muiden menetelmien rasisiteena. Tämä ei kuitenkaan päde laboratorio-olosuhteissa tapahtuvan havainnoinnin kohdalla. (Hirsjärvi ym. 2007, 208.)

Havainnointimenetelmiä on kritisoitu eniten siitä, että havainnoija saattaa läsnäolollaan häiritä tilannetta niin, että se jopa muuttaa tilanteen kulkua. Joissakin tilanteissa taas havainnoinnin tallentaminen välittömästi voi olla vaikeaa, jolloin tutkijan täytyy vain luottaa muistiinsa ja kirjata saadut havainnot myöhemmin. (Hirsjärvi ym. 2007, 208–209.)

Havainnoinnin menetelmiä on useita ja niitä voidaan kuvata kahdella jatkumolla. Ensimmäinen jatkumo kuvaa sitä, miten tiukasti säädeltyä (formaalia) havainnointi on eli se voi olla hyvin systemaattista ja tarkasti jäsenneltyä tai täysin vapaata ja luonnolliseen toimintaan mukautunutta. Toinen jatkumo kuvaa taas sitä, millainen on havainnoijan rooli tilanteessa eli havainnoija voi olla tarkkailtavan ryhmän jäsen tai hän voi olla täysin ulkopuolinen. Havainnoinnin

lajina voi siis olla joko systemaattinen havainnointi tai osallistuva havainnointi. Näistä osallistuva havainnointi on enemmän käytetty menetelmä kvalitatiivisessa tutkimuksessa. (Hirsjärvi ym. 2007, 209–210.)

Osallistuvassa havainnoinnissa on tyypillistä, että tutkija osallistuu tutkittavien ehdoilla heidän toimintaansa, tällaiset tutkimukset ovat yleensä kenttätutkimuksia. Usein havainnoija pyrkii pääsemään yhdeksi ryhmän jäseneksi, ei pelkästään fyysisesti vaan hän pyrkii myös jakamaan elämäkokemuksiaan ryhmän jäsenten kanssa. Usein havainnoijalle muodostuukin kyseisissä tilanteissa jonkinlainen rooli ryhmässä. (Hirsjärvi ym. 2007, 211.)

5.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi alkaa jo aineistoa nauhoitettaessa ja tutkimusympäristössä tehtyjä havaintoja analysoidessa. Laadullisen tutkimuksen analysoitava aineisto saattaa tutkijasta tuntua ylitsepursuavan runsaalta. Tunnin nauhoitetusta aineistosta saattaa helposti syntyä monta sivua kirjallista materiaalia. Kvalitatiivisen tutkimuksen tekemisessä ja aineiston käsittelyssä on monta eri tapaa vaikka prosessit ovat kuitenkin luonteeltaan samanlaisia. Aineiston analysoimiseen tarvitaan aina nauhoitusten purkaminen sanasta sanaan. (Field & Morse 1985, 112–113.)

Aineisto saatiin videokuvaamalla luennot sekä keräämällä kirjallinen materiaali luentojen sisällöstä ja tutustumiskäynneiltä. Osa materiaalista syntyi havainnoista, jotka tehtiin kulkemalla ryhmän mukana varsinkin tutustumiskäyntien osalta. Nauhoitettu materiaali pyrittiin purkamaan saman tai viimeistään seuraavan päivän iltapäivänä luentojen päätyttyä. Videomateriaali siirrettiin ensin videokamerasta tietokoneeseen jonka jälkeen luentojen sisältö purettiin kirjalliseksi tuotokseksi sanasta sanaan. Videomateriaali purettiin niin, että toinen kuunteli englanninkielistä luentoa ja saneli sen lause kerrallaan suomen kielellä toisen kirjatessa. Tulokset raportoitiin lukemalla luennoitsijoilta saadut kirjalliset materiaalit sekä nauhoista purettu kirjallinen tuotos. Näistä tehtiin tiivistetty yhteenveto asiatekstimuotoon joka tuli lopulliseen raporttiin.

6 TULOKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ja raportoida ImPrim-projektin (Improvement of public health by promotion of equitably distributed high quality primary health care systems) yhteistyökumppanimaista Ruotsista, Virosta, Latviasta, Valko-Venäjältä, Liettuaista ja Venäjältä tulleiden sairaanhoitajien luennoilla ja tutustumiskäynneillä saamaa koulutusta Suomessa.

6.1 Taustatiedot

Intensiivikurssin kesto Suomessa oli 5 päivää, maanantaista 11.10 – perjantaihin 15.10.2010 (Liite 1). Kurssin luennot järjestettiin Turun ammattikorkeakoululla, Ruiskadulla teorialuokassa 344. Kurssille osallistui yhteensä 15 henkilöä, 2 miestä ja 13 naista. Virosta osallistujia tuli 3, kaksi kätilöä ja yksi sairaanhoitaja, Ruotsista 4 henkilöä, jotka kaikki olivat koulutukseltaan terveydenhoitajia. Latviasta, Liettuaista ja Venäjältä osallistui kaikista maista 2 henkilöä, jotka olivat sairaanhoitajia koulutukseltaan. Valko-Venäjältä henkilöitä tuli 3, kaksi sairaanhoitajaa sekä tulkki. Käytössä oli koko kurssin ajan tulkki, joka käänsi tarvittaessa englannin ja venäjän kielelle luentojen ja opintokäyntien asiasisällöt. Osallistujat yöpyivät kuntoutuskeskus Petreassa, joka sijaitsee lähellä ammattikorkeakoulua. Majoitus, lounaat ja kuljetukset opintokäynneille sekä kiertoajelu olivat osallistujille ilmaisia.

6.2 Ohjelma

Kurssin ohjelma muuttui hieman suunnitellusta, mutta pääasiat pysyivät muuttumattomina. Esimerkiksi opintokäyntien toteutus muuttui jonkin verran alkuperäisistä pienryhmistä niin, että opintokäynneillä oli koko ryhmä mukana, ja sairaanhoitajien työn seuraamisen sijaan hoitotyöntekijät luennoivat kurssilaisille työstään. Opintokäyntien ilmapiiri oli hyvin keskusteleva, kurssilaiset tekivät paljon tarkentavia kysymyksiä, joita myös hoitotyön tekijät toivoivat. Luentojen aikataulutusta jouduttiin hieman muuttamaan kesken kurssin, mutta kaikki alkuperäiset suunnitelmat luentojen sisällöistä tuli kuitenkin toteutetuksi.

6.2.1 Luennot

6.2.1.1 Terveysthuoltojärjestelmä Suomessa

Intensiivikurssi alkoi Suomenterveysthuoltojärjestelmän esittelyllä. Luennolla tuotiin esille, että kunnat ovat vastuussa asukkaidensa terveydestä, jonka vuoksi kuntien tehtävä on järjestää myös terveysthuoltopalvelut. Kunnat keräävät asukkailta paikallisveroa sekä saavat valtion avustusta perustuen tarveperustaiseen harkintaan. Kunnat saavat vapaasti päättää, kuinka järjestävät terveysthuoltopalvelut ja laki määrittää ainoastaan raamit terveysthuoltojärjestelmälle. Suomessa on tällä hetkellä kuntia noin 340, ja yhdistymisten myötä määrä tulee entisestään vähenemään vuoteen 2013 mennessä. Kaikki asukkaat rekisteröidään osoitteidensa perusteella ja oikeus kunnan järjestämien palveluiden käyttöön tulee rekisteröinnin mukaan. Terveysthuoltopalvelut, sosiaalityöpalvelut sekä peruskoulut vievät noin 80-85% kuluista, loput rahat menevät teknisiin järjestelmiin, kuten katujen kunnostamiseen ja vapaa-ajan toimintojen järjestämiseen. Perusterveysthuolto on järjestetty hyvin eri tavoin eri terveysthuoltokeskuksissa ja niissä on laaja kirjo palveluiden ja eri ammattilaisten välillä. Terveysthuoltokeskusten tulisi järjestää terveyden edistämistä yhdessä lääketieteellisen hoidon ja hoitotyön kanssa. Vaihtoehtoina terveysthuoltokeskuksille on yksityiset klinikat sekä työterveysthuolto. Kuntien tehtävänä on edistää ja seurata väestön terveyttä sekä järjestää ennaltaehkäiseviä palveluita kuten äitiysthuolto, neuvolatoiminta ja koulu- ja opiskelijaterveysthuolto.

Luennolla kuultiin myös, että kunnat järjestävät myös perustasoisien yleislääkäreiden ja sairaanhoitajien diagnostiset palvelut ja hoidon, kuten laboratorio- ja röntgenpalvelut. Kuntien velvollisuus on järjestää myös kotisairaanhoitoa, hammasthuolto, kuntoutuspalveluita, sairaankuljetusta sekä työterveysthuolto ja monet kunnat ovat lisänneet myös mielenterveys- ja päihdepotilaiden avohuollon palveluitaan.

Suomessa on viisi yliopistosairaala-aluetta, joiden sisällä on 20 sairaanhoitopiiriä. Suomen terveydenhoidossa on tiettyjä erikoispiirteitä, kuten

suuri määrä mielenterveyspalveluiden tarjoajia, pakollinen työterveyshuolto ennaltaehkäisevässä työssä, muttei kuitenkaan sairauden hoidossa, opiskelijaterveydenhuoltopalveluiden eriaistisuus, apteekit yksityisten omistamia, mutta tiukasti valvottuja, seulontajärjestelmät väestötasoisia, mutta ostetaan yksityisiltä palveluntarjoajilta. Edellä mainitut asiat saavat aikaan sen, että Suomessa on laaja, vaihteleva ja monimutkainen verkosto eri palveluita, kun palveluiden ostaminen yksityisiltä palveluntarjoajilta on mahdollista perusterveydenhuollolle.

Viimeaikaisia suuntauksia Suomen terveyshuollossa ovat olleet pätevien ammattilaisten puute perusterveydenhuollossa, varsinkin harvaan asutuilla alueilla, jolloin on tehty tiettyjä toimenpiteitä tilannetta helpottamaan. Esimerkiksi sairaanhoitajien toimenkuvaa on laajennettu, jolloin lääkäreiden työtehtävät ovat vaikeutuneet helpompien potilaiden siirryttyä sairaanhoitajien vastaanotoille. Perusterveydenhuolto on alkanut käyttämään myös rekrytointiyrityksiä työvoiman palkkaamisessa, joka on erittäin kallista. Perusterveydenhuollon tehtävät ovat myöskin lisääntyneet joka tarkoittaa, että työ on käynyt haastavammaksi. Elektronisten ja puhelinpalveluiden lisääntyä olisi saatava valtakunnallinen potilastietojärjestelmä, joka toisi helpotusta tiedonkulkuun ja hoitojen päällekkäisyyksiin. On keskusteltu myös terveyskeskusten vastuualueiden suurentamisesta sekä perusterveydenhuollon palveluiden ulkoistamisesta, etenkin vanhuspalveluiden kohdalla väestön ikääntyessä. Haasteita perusterveydenhuollon järjestämiseen tuovat jatkuvasti muuttuvat terveysongelmat, palveluiden ostaminen ja ulkoistaminen sekä elektroniikan lisääntyminen hoidon toteutuksessa.

6.2.1.2 Tartuntataudit Suomessa – ennaltaehkäisy ja vastuut perusterveydenhuollossa

Seuraava luento käsitteli aihetta tartuntatauteja. Eri tartuntataudit ovat suurin yksittäinen syy lääkärien ja hoitajien vastaanottokäynneillä. Tartuntataudit aiheuttavat suuren työtaakan kouluissa, päiväkodeissa ja työpaikoilla aiheuttaen massiiviset kulut. Tosin viime aikoina on tapahtunut useita positiivisia muutoksia

antimikrobilääkkeiden käytössä, kuten suositeltujen ensisijaisten lääkkeiden käyttö on kasvanut ja hoitoaikaa on lyhennetty. Vakavat tartuntataudit ovat kuitenkin melko harvinaisia Suomen perusterveydenhuollossa. Yleisimmät tartuntataudit perusterveydenhuollossa ovat akuutti hengitystieinfektio, keuhkoputkentulehdus, korvatulehdus, nielurisetulehdus, rakkotulehdus, mahatauti ja sukupuolitaudit.

Tartuntatautien kontrolloimiseksi on perusterveydenhuollossa oltava määrättynä vähintään yksi sairaanhoitaja ja/tai lääkäri joka on vastuussa tartuntatauteihin perehtymisestä ja toimenpiteistä niiden kontrolloimiseksi. Sairaanhoitopiirit ovat vastuussa ammattimaisen suunnittelun järjestämisestä sekä alueellisilla että paikallisilla tasoilla. Valtakunnalliset ohjeet tulevat Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselta. Ympäristöterveydenhuolto on kunnallinen tehtävä ja hyvin harvoin perusterveydenhuollon järjestämä. Perusterveydenhuollon pitää kuitenkin ilmoittaa ympäristöterveydenhuoltoon epäillessään veden, ruoan tai eläinten avulla leviäviä tartuntatauteja.

Tartuntatautien ehkäisyyn käytettäviä metodeja on terveystarkastukset esimerkiksi ruokateollisuudessa työskenteleville, säännölliset ja ilmaiset rokotukset sekä tietyt toimenpiteet epidemioiden ilmaantuessa tai niiden uhatessa, kuten koulujen sulkeminen. Ennaltaehkäisyssä tärkeää on myös ajantasainen raportointijärjestelmä sekä ilmainen hoito. Tartuntataudit jaetaan kolmeen ryhmään; yleisvaaralliset taudit (tuberkuloosi, rutto, vesikauhu), ilmoitusvelvollisuuteen kuuluvat taudit (klamydia, sikotauti, tippuri) ja muut tartuntataudit. Laboratoriot tekevät suurimman osan ilmoituksista (yli 90 %), vain pieni osa taudeista kuuluu lääkärin ilmoitusvelvollisuuteen, koska niissä tapauksissa ympäristöterveydenhuolto haluaa saada lisätietoa potilaasta ja hänen sairaudestaan, kuten oireet, viimeaikainen matkustaminen ja eläinkontaktit. Tartuntatautien ilmaantumisessa sekä hoidossa ja ennaltaehkäisyssä on uusia uhkia. Ne liittyvät nykypäivän runsaaseen matkusteluun ja seksiturismiin, terrorismiin ja biologiseen sodankäyntiin, joiden vuoksi Suomeen tulee uusia tartuntatauteja, joita vastaan ei ole varauduttu sekä Suomeen tulevien uusien bakteerien vastustuskyky antibiooteille.

6.2.1.3 Aseptiikka tarttuvien tautien ehkäisyssä

Intensiivikurssiin sisältyi myös luento tartuntataudeista. Luennon perusteella infektioiden torjunta ja sairauksien ehkäisy kuuluu jokaisen ihmisen arkipäivään eri tavoin. Erityisen tärkeää se on terveydenhuollossa, koska silloin infektoitumisriskissä ovat sekä potilas että terveydenhuollon henkilöstö. Etenkin sairaanhoitajilla on tärkeä rooli infektioiden ehkäisyssä toimiessaan henkilökunnasta eniten lähikontaktissa potilaiden kanssa. Infektioiden ehkäisyä voidaan toteuttaa kartoittamalla riskit ja toimimalla niitä vähentäen. Riskien hallintaan kuuluu riskien tunnistaminen, infektioiden ilmaantumisen todennäköisyyden kartoittaminen, infektioiden vaikeuden arviointi, suunnitelma toimenpiteistä riskien vaikutusten poistamiseksi tai minimoimiseksi sekä tämän suunnitelman kehittäminen.

Infektioiden riskien arvioimiseksi ja infektioiden minimoimiseksi voidaan käyttää hyödyksi infektiopolkua, koska kaikki infektiot tarvitsevat tällaisen polun siirtyäkseen eteenpäin. Infektiopolkua on seuraavanlainen: patogeenien alkuperä, ts. mistä ne ovat lähtöisin, patogeenien siirtymistavat infektiopaikkaan, patogeenille alttiit yksilöt sekä infektioportti. Kun poistaa tästä ketjusta yhdenkin linkin, on infektion syntyminen estetty. Terveydenhuollon tärkeimpiä periaatteita infektioiden torjunnassa ovat ympäristöhygienia, käsihygienia, henkilökohtaisten suojavälineiden käyttö ja pistävien ja terävien välineiden turvallinen käyttö ja hävittäminen. Pääkohtia ympäristöhygieniassa ovat huolellinen siivous, välineiden oikea puhdistus ja desinfiointi, yleisen jätteen sekä sairaalajätteiden turvallinen keräys ja hävittäminen.

Käsihygienian olennaiset kohdat luennon mukaan ovat käsien välitön desinfiointi jokaisen potilaskontaktin välissä, käsien pesu, kun ne ovat näkyvästi tai todennäköisesti likaantuneet, sekä käsien desinfiointi jokaisen potilaan kohdalla ja eri toimenpiteitä suoritettaessa samalle potilaalle. Suojavälineitä käytettäessä on muistettava, että ne ovat kertakäyttöisiä jonka jälkeen ne on hävitettävä, koska muutoin ne saattavat itsessään levittää infektioita. Oikeanlainen käsineiden käyttö vaatii henkilökunnan pohdintaa seuraavissa asioissa: kuka on infektoitumisriskissä, potilas vai hoitaja ja onko tarpeen

käyttää steriilejä käsineitä vai riittävätkö tehdaspuhtaat käsineet sekä onko toimenpiteessä mahdollista altistua veri- tai eritekontaktille? Käsineiden käytössä on muistettava, että samoin kuin desinfioinnin kohdalla on tarkoituksenmukaista vaihtaa käsineet eri potilaiden, ja saman potilaan eri toimenpiteiden välissä. Kädet on myös desinfioitava välittömästi käsineiden hävittämisen jälkeen.

Pistäviä välineitä käsitellessä on syytä muistaa, ettei niitä tulisi luovuttaa kädestä käteen ja käsittely kokonaisuudessaan olisi pidettävä minimissään. Neuloja tai ruiskuja ei tulisi taittaa käsin tai laittaa suojakorkkia uudelleen paikalleen ennen hävittämistä. Tutkimusten mukaan oikea käsihygienia vähentää merkittävästi käsissä olevia patogeenejä, mutta se toteutuu vain noin puolessa tapauksista joissa sitä on suositeltu. Henkilökunta myöskin yliarvioi oman käsihygieniansa laadun ja esiintyvyyden. Käsihygieniaa voidaan parantaa koulutuksen ja palautteen avulla sekä lisäämällä potilaiden tietoa käsihygieniasta. Myös desinfiointiaineiden tarjontaa lisäämällä ja pesualtaiden oikealla sijoittamisella saadaan parempia tuloksia.

6.2.1.4 Sairaanhoitajien koulutus Suomessa

Sairaanhoitajien koulutus on Turussa alkanut vuonna 1889 lyhyiden kurssien muodossa josta se on kehittynyt nykypäiväiseen muotoonsa. Koulutuksen kesto on tällä hetkellä 3,5 vuotta ja se johtaa ammattikorkeakoulututkintoon. Turkulaiset sairaanhoitajaopiskelijat ovat yli 18-vuotiaita ja heistä noin 10 % on miespuolisia. Suurin osa opiskelijoista on päätoimisia opiskelijoita, mutta joukossa on myös aikuisopiskelijoita jotka joko päivittävät aiempaa tutkintoaan tai opiskelevat kokonaan uutta ammattia. Opiskelijoilta ei peritä lukukausimaksuja, mutta he eivät myöskään saa palkkaa työharjoitteluistaan, vaan ovat taloudellisesti opinto- ja asumistuen varassa.

Ammattikorkeakoulun opettajat ovat pohjakoulutukseltaan terveyden-/sairaanhoitajia tai kättilöitä ja heillä on vähintään maisterin tutkinto. Lääkärit pitävät ainoastaan joitain osia opintojaksojen luennoista. Sairaanhoitajan tutkinnolla ei ole valtakunnallista opetussuunnitelmaa, ainoastaan ohjeistus;

joskin opetussuunnitelmaa ohjaavat valtakunnalliset terveydenhuollon tavoitteet ja EU-direktiivit sekä hoitotiede. Valtakunnallinen ohjeistus sairaanhoitajan tutkinnolle sisältää seuraavat osaamisalueet: eettisyys, sosiaalisuus ja yhteistyökyky, kehittämisosaaminen, kansainvälisyys, lääketieteellinen hoito, terveyden edistäminen, kliininen osaaminen, päätöksentekokyky ja ohjausosaaminen.

Sairaanhoitajan tutkintoon kuuluu työssäoppimisen ja ammatillisten opintojen lisäksi suomen, ruotsin ja englannin kieli sekä opiskelutaidot, ammatillinen kasvu ja yrittäjyysosaaminen. Opinnäytetyöt koostuivat aiemmin yksilöllisistä esseetöistä, nyttemmin sairaaloiden ja terveyshuollon organisaatioiden tilaamista tutkimus- ja kehittämistöistä jotka tehdään pari- tai ryhmätöinä.

Turun ammattikorkeakoulussa on käytössä useita opetusmetodeja. Niitä ovat luento- ja verkko-opetus, yksilö- ja ryhmätöet sekä tutkimus- ja ongelmaperustainen oppiminen, jotka kehittävät ongelmanratkaisutaitoja ja tutkitun tiedon käyttämistä työelämässä. Tavoitteena on opiskelijoiden elinikäinen oppiminen myös työelämään siirtymisen jälkeen. Painopisteenä Turun ammattikorkeakoulun hoitotyön opetuksessa on ATK- ja tiedonhakutaidot, englannin kieli, yrittäjyys ja lääkehoito-osaaminen. Sairaanhoitajan tutkinnon jälkeen on mahdollista vielä syventää osaamistaan erikoistumisopinnoilla tai jatkaa opintoja maisterin tai tohtorin tutkintoon asti.

6.2.1.5 Äitiyshuolto, seksuaaliterveys ja synnytys Suomessa

Intensiivikurssiin kuului myös luento seksuaaliterveydestä ja synnytyksistä Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö osoitti vuonna 2007 työryhmän, jonka tarkoituksena oli laatia ohjelma Suomen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi. Ohjelma toteutetaan vuosina 2007–2011. Tämä ohjelma sisältää 14 kokonaisuutta, ja jokaiseen kokonaisuuteen liittyy omia, erillisiä tavoitteita. Tämän ohjelman tarkoituksen toteuttajiksi on valittu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmät, ja se on suunnattu myös terveysalan opettajille sekä toisen asteen koulujen opettajille. Ohjelman päätarkoitus on,

että Suomessa edistetään sekä pariskuntien että yksilöiden ja koko väestön seksuaaliterveydenhuoltoa kiinnittäen erityistä huomiota nuoriin.

Ensimmäinen varsinainen tavoite on, että jokaisessa terveyskeskuksessa on käytettävissä seksuaalineuvojakoulutuksen saanut työntekijä. Seksuaaliterveyteen liittyvä ohjaus ja neuvonta integroidaan osaksi perusterveydenhuollon palveluita ja ennaltaehkäisyä, mutta myös osaksi erikoissairaanhoidon palveluita. Seksuaalineuvonta kohdistetaan sekä miehiin että naisiin ja sukupuolien tasa-arvoisuuteen, mutta myös vähemmistöihin kuuluvien tarpeisiin, lähinnä samaa sukupuolta oleviin pariskuntiin. Yhtenä tavoitteena on myös luoda verkossa toimiva seksuaaliterveystietoportaali, josta välitetään kaikille kansalaisille seksuaalitietoutta sekä valistusmateriaalia, joka olisi nopeasti päivitettävissä portaalissa.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut järjestetään oman toimintaohjelman mukaan erityisesti osana kunta- ja palvelurakenneuudistusta joka tarkoittaa että suurin osa palveluista järjestetään edelleen omassa kunnassa, mutta ne myös keskitetään.

Tavoitteena tässä ohjelmassa on myös raskauden ajan ja synnytysten sekä synnytyksien jälkeinen hoito. Erikoistavoitteena on varmistaa äidin, syntyvän lapsen ja vastasyntyneen hyvinvointi sekä edistää tutkimustietoon perustuvia hoitokäytäntöjä. Äitiyshuollon painopisteenä on parisuhteen ja vanhemmuuden tukeminen, erityisryhmien palveluiden kehittäminen ja palvelutarpeisiin vastaaminen entistä yksilöllisemmin sekä raskauden riskien ennaltaehkäisevä terveydenhuolto kuten raskaudenaikaiseen ylipainoon ja alkoholismiin liittyvät ohjaukset.

Pääsy ehkäisypalveluihin tulisi tapahtua välittömästi, kun nainen niitä tarvitsee, erityisesti nuorten keskuudessa alle viikon sisällä. Kaikille alle 20-vuotiaille tulee ehkäisypalveluiden olla ilmaisia. Raskaudenkeskeytyksiin liittyviä tavoitteita on myös laadittu, kuten lääkkeellisten raskaudenkeskeytysten turvallisuus ja yksilön toistuvien raskaudenkeskeytysten ehkäisy. Suomessa 70 % raskauden

keskeytyksistä tehdään nykyisin lääkkeellisin menetelmin, joten varsinkin niiden turvallisuuteen ja psykologiseen tukeen tulisi kiinnittää huomiota.

Sukupuolitauditartuntojen ehkäisemiseksi on ohjelmassa tarkoitus tehostaa väestön tietoutta sukupuolitaudeista sekä kondomien käytöstä. Klamydia seulotaan kaikilta alle 25-vuotiailta, jotka hakeutuvat ehkäisypalveluiden piiriin ja klamydiapositiivisten näytteiden antaneiden seksikumppaneiden tutkimuksiin hakeutumista pyritään lisäämään. Yksi tavoite liittyy seksuaaliseen väkivaltaan ja sen ehkäisyyn ja myös seksuaalista väkivaltaa kokeneiden tunnistamiseen ja hoidon tehostamiseen, erityisesti alaikäisten kohdalla.

Osaamisen kehittämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön peruskoulutukseen tullaan lisäämään seksuaaliterveyden perusteet ja lisääntymisterveyden edistämiseen liittyvään opetusta. Myös imetysohjaukseen pyritään lisäämään täydennyskoulutusta sekä ammattilaisia opettavien opettajien pätevoitymistä lisätään. Myös tieteellinen tutkimus aiheesta on tärkeä osa-alue; seksuaali- ja lisääntymisterveystutkimusten kehittämistä vahvistetaan. Ohjelman väliarvioinnissa vuonna 2010 on todettu, että vaikka Suomen seksuaaliterveys on kansainvälisessä vertailussa hyvällä tasolla, silti haasteita riittää. Keskeisiä haasteita ovat raskauden keskeytykset, sukupuolitaudit, erityisesti nuorilla, maahanmuuttajien määrän lisääntyminen, synnyttäjien korkea ikä ja seksuaalinen väkivalta.

Ehkäisyneuvola

Useimmissa kunnissa Suomessa on ehkäisyneuvola, jossa naiset saavat ohjausta, neuvontaa ja apua oikean ehkäisymuodon valinnassa sekä perheensisäystä suunniteltaessa. Ehkäisyneuvola palvelee Varsinais-Suomessa pääasiassa alle 25-vuotiaita naisia jotka tarvitsevat ehkäisyneuvontaa, synnytyksen jälkeistä ehkäisyä tai seurantaa, sterilisaatiota tai akuutisti jälkiehkäisyä. Kaikki ehkäisyneuvolapalvelut ovat potilaalle ilmaisia.

Äitiyshuolto

Äitiyshuolto on Sosiaali- ja terveysministeriön alainen. Kuntien tehtävänä on tarjota väestölle äitiyshuollon palvelut. Äitiyshuollon ensisijainen tehtävä on terveyden edistäminen. Muita äitiyshuollon peruseriaatteita ovat moniammatillisuus, voimaannuttava työote ja perhekeskeisyys. Useimmin nainen hakeutuu äitiyshuollon piiriin kuukautisten jäätyä pois ja raskaustestin ollessa positiivinen. Raskaudenaikainen terveydenhuolto keskittyy raskauden ongelmien ehkäisyyn ja niiden varhaiseen toteamiseen ja sujuvaan hoitopolkuun ongelmien ilmetessä. Raskaudenaikainen hoitotyö tähtää myös laadukkaaseen hoitoon synnytyksen aikana ja vastasyntyntä hoidettaessa sekä perheen kokonaisvaltaiseen tukemiseen vastasyntyneen ollessa vammaisen tai sairasan. Miltei kaikki äidit käyttävät äitiyshuollon palveluita, vaikka käynnit ovat vapaaehtoisia. Uuden lakiasetuksen (Asetus neuvolatoiminnasta 2009) myötä tulee terveydenhoitajan tehdä äitiysneuvolan asiakkaalle (sekä isälle että äidille) yksi laaja terveystarkastus terveydentilan ja tuen tarpeen arviointia varten sekä tehdä vähintään yksi kotikäynti joko raskauden aikana tai sen jälkeen perheisiin jotka odottavat ensimmäistä lastaan. Uusi lakiasetus määrää myös moniammatillisen perhevalmennuksen toteuttamista kaikille raskaana oleville pareille. Asiakkuus äitiyshuoltoon päättyy synnytyksen jälkeiseen kontrollikäyntiin, joka on useimmiten noin 6 viikkoa synnytyksestä.

Synnytykset Suomessa

Suomessa syntyi 59 808 vauvaa vuonna 2008, joka oli korkein luku vuoden 1996 jälkeen. Synnyttäjien keski-ikä on 30,1 vuotta, ja se on pysynyt samana jo vuosia. Epiduraalipuudutuksen käyttö on viime vuosina kasvanut yltäen nyt noin 50 %:iin synnytyksistä yliopistollisissa sairaaloissa. Sairaalassaoloaika synnytyksen jälkeen on viime vuosikymmenen aikana lyhentynyt 12 tunnilla ollen nykyään keskimäärin 3,2 päivää. Äidin rooli synnytyksessä on hyvin aktiivinen – kukaan ei tunne synnyttävän äidin tunteita paremmin kuin hän itse. Kätilön rooli Suomessa on lähinnä ammatillinen ja vastuullinen kannustaja ja tukija; hänen tulee kyetä havaitsemaan mahdolliset häiriöt äidin tai sikiön voinnissa monitoroinnin avulla. Myös isän rooli on tarjota tukea synnyttävälle

äidille. Varsinais-Suomessa äitejä kannustetaan ottamaan vastasyntynyt rinnalleen ensimmäisen tunnin ajaksi heti synnytyksen jälkeen. Jos äiti ei esim. keisarinleikkauksen vuoksi voi näin tehdä, kannustetaan isää ottamaan vastasyntynyt ihokontaktiin. Kaksi tuntia synnytyksestä perhe siirretään synnytysvuodeosastolle, jossa he viettävät noin kaksi päivää ennen kotiin lähtöä.

Synnytysvuodeosastojen henkilökunta koostuu kätilöistä, lastenhoitajista, lastenlääkäreistä, synnytyslääkäreistä ja hoitoapulaisista. Tarkoituksena synnytysvuodeosastoilla on, että sama kätilö vastaa yhden perheen hoidosta alusta loppuun asti sekä perhekeskeisyys ottaen myös isän mukaan vauvan hoitoa ohjatessa. Äitiä ja vastasyntynyttä ei eroteta toisistaan tarpeettomasti, vaan hoidetaan perhettä kokonaisuutena. Tavoitteena on, että kotiin lähtiessään perhe tuntisi olonsa varmaksi vastasyntynyttä hoitaessaan. Synnytysvuodeosastolla seurataan äidin toipumista synnytyksestä, vastasyntyneen vointia sekä vanhempien ja lapsen välisen siteen syntymistä. Jokainen vastasyntynyt käy läpi lastenlääkärin perusteellisen tarkastuksen ennen kotiutumista ja samalla vanhemmilla on mahdollisuus kysyä lääkäriltä mahdollisista mieltä askarruttavista asioista.

6.2.1.6 Vanhusten kaatumisten ehkäisy

Seuraavalla luennolla käsiteltiin vanhuksia. Tutkimusten mukaan 30 prosenttia kotona asuvista vanhuksista kaatuu ainakin kerran vuodessa ja laitoksissa asuvista vanhuksista jopa puolet. Vanhusten kaatumisia ja niistä johtuvia vammoja voidaan kuitenkin ehkäistä huomioimalla sisäiset ja ulkoiset riskitekijät kaatumisessa. Kaatumisten ennaltaehkäisyn avaintekijöitä ovat kaatumisriskissä olevien tunnistaminen ja tutkimuksin tehokkaiksi todettujen metodien käyttö.

Kaatumisen yleisimpiä sisäisiä riskitekijöitä ovat aiemmat kaatumiset ja mahdollisesti niistä johtuva kaatumisen pelko, joka johtaa liikkumisen vähentymiseen ja sitä kautta toimintakyvyn huononemiseen ja lihasvoiman heikentymiseen. Sisäisiin riskitekijöihin kuuluvat myös sairaudet (esim.

neurologiset sairaudet, rytmihäiriöt) ja lääkitys (verenpainelääkkeet, antidepressantit sekä usean lääkkeen samanaikainen käyttö). On tutkimuksia, joissa on todettu kaatumisen riskin olevan suuri, kun vanhuksella on käytössä samaan aikaan useampaa kuin neljä eri lääkettä. Muita riskitekijöitä ovat heikentynyt näkökyky, kävelytuen käyttö, yli 80 vuoden ikä ja naissukupuoli. Ulkoisia riskitekijöitä taas ovat vaarat kotona tai välittömässä jokapäiväisessä ympäristössä, liukkaat sääolosuhteet, vääränlaiset kengät, portaat, huonekalut, kylpyhuone ja wc sekä valaistus.

Tehokkaaseen kaatumisten ennaltaehkäisyyn kuuluvat kotona tai ryhmissä suoritettavat harjoitusohjelmat, jotka parantavat lihasvoimaa, tasapainoa, notkeutta ja kestävyyttä. Harjoitusohjelman on tähdättävä vähintään kahden edellä mainitun ominaisuuden parantamiseen ollakseen tehokas. Kaikkein tehokkaimmat harjoitusohjelmat sisältävät haastavia tasapainoharjoitteita, paljon harjoitusta ja sen on kestävä vähintään kaksi tuntia viikossa vähintään kuuden kuukauden ajan. Lisäksi harjoitusohjelma sisältää voimaharjoittelua yli 80-vuotiaille tai niille, joiden lihasvoima on heikentynyt.

Tasapainoharjoittelu tulisi aloittaa aina helpoista tehtävistä edeten haasteellisimpiin ja harjoittelu tulisi ottaa osaksi jokapäiväistä rutiinia niille, joiden fyysinen toimintakyky on heikentynyt. Kaikkein haastavimmat harjoitteet tulisi suorittaa valvonnan alaisena uusien tapaturmien välttämiseksi.

Voimaharjoittelun tulisi sisältää toimintoja, jotka parantavat lantion, polven, nilkan ja keskivartalon ojentajien ja koukistajien toimintaa. Voimaharjoittelu tulisi aloittaa 2-4 ”esiharjoittelukerralla”, jolloin voimaharjoittelussa tulisi käyttää vähemmän painoja sekä toistoja. Voimaharjoittelussa voidaan käyttää apuna kuntosalilaitteita tai jos niiden käyttö ei ole mahdollista, myös kuminauhat tms. ovat yhtä tehokkaita oikein käytettyinä.

Muita tekijöitä kaatumisen ehkäisyssä on näiden lisäksi monia. Monialainen ohjelma pitää sisällään useita niin kutsuttuja osainterventioita kuten esim. laaja geriatrinen arviointi lääkärin suorittamana, yksilöllinen ohjaus kaatumisen ehkäisystä kuten riskienarvioinnista, liikuntaluentoja sekä monenlaista

psykososiaalista toimintaa. Ohjelmien haittapuolia ovat, että ne ovat melko kalliita ohjelmia, koska niissä on monta eri kategoriaa edustettuna ja ne ovat luultavasti myös hankalammin toteutettavissa. D-vitamiinilisät auttavat niitä vanhuksia, jotka kärsivät D-vitamiinipuutoksesta, joskin D-vitamiiniannokset, jotka auttavat ehkäisemään kaatumista ovat melko suuria. Kotiriskin arviointi on myös oma ohjelmansa, eikä ainoastaan monialaisen ohjelman alainen. Myös lääkkeiden tarkistus ja tarpeettomien lääkkeiden poistaminen vähentää luonnollisesti kaatumisia. Harmaakaihioperaatiot ja sydäntahdistimen asentaminen pienentävät riskejä poistaessaan kaatumisten varsinaisen syyn.

On tärkeää kiinnittää huomiota myös laitoksissa olevien vanhusten kaatumisiin ja ennaltaehkäistä heidän kaatuiluaan. Laitoksissa olevien vanhusten kaatumisriskit ovat suuremmat, ja heillä tehokkain tapa niiden ehkäisyyn ovatkin monialaiset ohjelmat, jotka vaativat pitkää sairaalassaoloaikaa. Yksittäisten riskien poistamisesta ei laitoksissa olevilla vanhuksilla ole todettu olevan selkeää hyötyä. Vanhainkodeissa asuvien vanhusten liikuntaohjelmat eivät ole tarpeeksi haasteellisia, joten niillä ei siksi ole juurikaan tehoa kaatumisten ehkäisyssä.

6.2.1.7 Mielenterveys- ja päihdehoitotyö Suomessa

Kurssin viimeisen päivän aamun luento oli aiheesta alkoholistien ja narkomaanien hoitotyö Suomessa. Suomalaisista miehistä viidennes ja naisista 10 prosenttia ylittävät alkoholin turvallisen käytön rajat. Suomalaisten juomakulttuuri on edelleen säilynyt hyvin humalahakuisena. Alkoholin suurkulutuksen käytön haitat eivät rajoitu ainoastaan terveysongelmiin, vaan ne vaikuttavat myös alkoholistin perheeseen, taloudelliseen tilanteeseen ja työntekoon.

12 prosenttia 15-69 -vuotiaista suomalaisista on kokeillut vähintään yhtä laitonta huumaavaa ainetta jossain vaiheessa elämäänsä. Yleisimmin käytetty huume on kannabis. Huumeita käyttävien tunnistamisessa on tärkeä tietää, että huumeita käyttävä hakeutuu usein hoitoon infektioiden, onnettomuuden, vatsaongelmien tai verenkierron häiriöiden vuoksi tai vastaavasti he

hakevat hoitoa myrkytyksiin tai vieroitusoireisiin. Vastaanotolla voidaan potilaan suostuymuksella tehdä huumetestit, jotka ovat osa hoitoa ja hyödyllisiä myöhemmin esimerkiksi hoidon tehokkuuden ja noudattamisen seuraamisessa.

Jos huumeidenkäyttäjällä esiintyy myös mielenterveysongelmia, olisi tärkeää että hänen psykiatrinen hoitonsa toteutetaan samanaikaisesti huumeongelmaan keskittyneen hoidon kanssa, koska moni huumeiden käyttäjä addiktoituu herkästi myös lääkkeisiin. Koska huume- ja mielenterveysongelmat kulkevat usein käsi kädessä, on vaikeaa erottaa kumpi on syy ja kumpi seuraus. Tällöin puhutaan kaksoisdiagnoosista. Yleisimpiä psyykkisiä häiriöitä ovat mielialanvaihtelut ja ahdistuneisuus, joita potilaat hoitavat itse alkoholilla tai huumaavilla aineilla lievittääkseen oireita. Alkoholin ja huumeiden käyttö pitkään jatkuessaan kuitenkin lisää tällaisten oireiden ilmaantumista. Näissä tapauksissa antidepressiivistä lääkitystä voidaan harkita, jos oireet jatkuvat 2-4 viikkoa päihteiden käytön lopettamisen jälkeen. Suomessa kaikki päihteiden väärinkäyttäjät hoidetaan perusterveydenhuollossa, erityispalveluyksiköissä ja sosiaalihuollon parissa. Alkoholisteille kansainvälisesti paljon käytetty AA (Anonyymit Alkoholistit) on myös Suomessa laajalti käytetty hoitomuoto. Suomessa on myös yksi sosiaalisairaala joka hoitaa kaikki huumeaddiktiot sekä uhkapeliongelmaiset. Sosiaalisairaalassa on myös perheysikkö.

Ennaltaehkäisy on myös tällä alueella paras hoitomuoto. Jos potilas tulee vastaanotolle ruoansulatusongelmien, unettomuuden tai muun hermostollisen häiriön vuoksi, on syytä selvittää hänen alkoholinkäyttönsä ja puuttua siihen. Tällaisessa tapaamisessa on kannustava ja avoin kohtelu ensiarvoisen tärkeää. Potilaan alkoholinkäytön selvittämiseksi on paras käyttää strukturoitua AUDIT-kyselyä sekä antaa tietoa sekä suullisesti että kirjallisesti suurkulutuksen haitoista jos alkoholinkäyttö ylittää turvalliset rajat.

Potilasta on olennaista myös motivoida lopettamaan alkoholinkäyttö asettamalla tavoitteita ja huolehtimalla seurannasta. Motivoiva haastattelu tarkoittaa asiakaslähtöistä toimintaohjetta jonka tarkoitus on lisätä olennaisesti potilaan halua muutokseen. Motivaatio tarkoittaa halua, kykyä ja valmiutta muutokseen, joissa kaikissa saattaa olla puutteita. Motivaation puute voi johtaa potilaan

kyvyttömyyteen tehdä muutoksia alkoholin käytössään. Päihteiden väärinkäyttöä epäiltäessä on tärkeää kysyä sitä potilaalta suoraan. Koska päihteiden käyttöä häpeillään, vain harva potilas ottaa sen itse puheeksi. Tutkimukset osoittavat, että alkoholin käytön puheeksi ottaminen vastaanotolla koetaan potilaiden osalta pääosin positiivisesti. Tutkimukset ovat osoittaneet myös, että päihteiden väärinkäytön hoito ja kuntoutus on myös taloudellisesti kannattavaa; mini-interventioklinikka on yhteiskunnalle halvempaa kuin maksakirroosipotilaan hoitaminen erikoissairaanhoidossa.

Väestön ikääntyessä on tärkeää muistaa myös vanhusväestö alkoholin suurkuluttajina. Alkoholiriippuvuudella on monia negatiivisia vaikutuksia kognitiivisiin taitoihin ja toimintakykyyn sekä terveyteen. Päihteiden väärinkäyttäjät tuntevat itsensä usein kakkosluokan kansalaisiksi, eivätkä he saa välttämättä parasta mahdollista palvelua ja hoitoa sosiaali- ja terveyshuollossa. Luottamuksellinen ja kunnioittava kohtelu on tärkeää parhaan ja tehokkaan hoidon takaamiseksi.

Huumeita käyttävien terveysneuvontapiste

Terveydenhuollon tarjoama matalan kynnyksen terveysneuvontapiste, joka on tarkoitettu suonensisäisiä huumeita käyttäville. Kaikki palvelut ovat ilmaisia ja luottamuksellisia, eikä niitä ole rajattu keneltäkään iän tai muun syyn perusteella. Terveysneuvontapisteen tarkoitus on vähentää huumeiden käytön toissijaisia haittavaikutuksia; veriteitse tarttuvien tautien ilmenemisen vähenemistä ja huumeidenkäyttäjien elämänlaadun paranemista. Terveysneuvontapiste tarjoaa asiakkailleen terveysneuvontaa ja keskusteluapua, likaisten ruiskujen vaihtamisen puhtaisiin, hepatiittirokotuksia ja verikokeiden ottoa sekä raskauden ennaltaehkäisyä ja raskaustestejä.

6.2.2 Tutustumiskäynnit

6.2.2.1 Terveysasema ja kotihoito

Käynnillä terveysasemalla esiteltiin yleisellä tasolla Suomen perusterveydenhuollon rakennetta ja paikallisen sosiaali- ja terveystoimen organisaatiota, perusterveydenhuollon toimipaikkoja sekä kotihoidon palveluja ja lähipalvelualueita. Kyseinen terveysasema poikkeaa muista terveysasemista/-keskuksista siinä, että potilaina on runsaasti maahanmuuttajia. Suurimpina kieliryhminä suomen ja ruotsin lisäksi ovat muun muassa venäjä, albania, kurdi ja arabia. Potilailla on myös monia muita hoidossa huomioon otettavia erityispiirteitä, kuten korkeaa työttömyyttä, taloudellisia ongelmia, syrjäytyneisyyttä ja päihde- ja mielenterveysongelmia, jolloin myös psykiatrisen avun tarve on suuri. Haastetta lisää kieliongelmiin lisäksi erilaiset kulttuuriset näkemykset terveydestä ja hyvinvoinnista ja tämän vuoksi vastaanottoajat ovat tavanomaisia pidempiä ja tulkkien käyttö on runsasta. Väestön lisäksi esiteltiin terveysaseman henkilökunta ja sen määrä, hoitajien tehtävät sekä muu toiminta kyseisellä asemalla.

Paikallisen sosiaali- ja terveystoimen vanhushuolto tarjoaa kotihoitoa, geriatrasta sairaalahoidtoa sekä ympärivuorokautista hoitoa ja palveluita. Niistä kotihoito tarjoaa asiakkaalleen mahdollisuuden asua kotonaan niin pitkään kuin se on tarjottavan tuen osalta mahdollista. Näitä tukia ovat muun muassa jokapäiväisessä elämässä selviytymisen avustaminen, kodinhoitopalvelut, kauppapalvelu, sairaanhoitajan palvelut ja turvapalvelu.

Esittelyn lopuksi ryhmä tutustui terveysaseman tiloihin kiertämällä kotihoidon tiloissa, vastaanotolla, hammashoitolassa sekä lastenneuvolassa.

6.2.2.2 Geriatriinen sairaala

Käynnillä geriatrisessa sairaalassa esiteltiin sairaalahankkeen vaiheita, sen suunnittelua sekä kerrottiin, minkälaisia potilaita sairaalassa on. Sairaalan erikoisuutena on, että suunnittelussa on otettu heti alkuvaiheesta asti huomioon

siellä työskentelevän henkilökunnan mielipiteet erinäisistä käytännön ratkaisuksista ja tilojen toimivuudesta. Käytössä oli muun muassa mallihuone, jossa oli kokeiltu erilaisia ratkaisuja mitkä toimisivat käytännössä parhaiten. Suunnittelun avainsanat olivat potilaslähtöisyys ja turvallisuus sekä ennen kaikkea ergonomia.

Esittelyn lopuksi ryhmä pääsi tutustumaan yhteen sairaalan osastoista. Siellä meille esiteltiin potilashuone sekä potilasturvallisuutta ja hoitajan ergonomiaa lisäävä kattonosturi sekä avara ja käytännöllinen wc. Lääkkeidenjakohuone oli erikseen, mikä osaltaan parantaa lääketurvallisuutta. Jätteiden lajittelussa oli otettu huomioon niin ergonomia kuin kierrätysasiatkin. Hoitajien kansliassa täydennyskoulutusopiskelijat pääsivät myös tutustumaan käytössä olevaan potilastietojärjestelmään ja sen toimintaan.

6.2.2.3 Ehkäisy- ja äitiysneuvola + ultraääniyksikkö

Käynnillä ehkäisy- ja äitiysneuvolassa kerrottiin yleisellä tasolla mitä palveluja kyseisiin paikkoihin kuuluu ja ketkä asiakkaat kuuluvat näiden palveluiden piiriin. Ehkäisyneuvolan osalta palveluiden piiriin kuuluvat kaikki alle 25-vuotiaat paikkakuntalaiset. Myös alle kaksi vuotta sitten synnyttäneet äidit kuuluvat ehkäisyneuvolan asiakkaisiin. Heidän kanssaan vastaanotolla pohditaan yleisimmin ehkäisymenetelmän valintaa, koska useimmat äidit toivovat esimerkiksi hormonikierukkaa tai -kapselia, jotka ovat pidempiaikaisia ehkäisymuotoja. Lisäksi esiteltiin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen uudistuneita ehkäisyneuvolan nettisivuja joista asiakas voi itse lukea muun muassa neuvolan palveluista, ehkäisyasioista, raskaudenkeskeytyksestä sekä erilaisista sukupuolitaudeista.

Esittelyn lopuksi tutustuttiin ehkäisyneuvolan ja äitiysneuvolan tiloihin sekä ultraääniyksikköön.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksella saatujen tulosten tarkkuutta. Saadut tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia, vaan ne tulee olla toistettavissa. Tutkijan on koko ajan oltava tarkka ja kriittinen virheiden minimoimiseksi. Virheitä voi sattua tietojen kerättäessä, syötettäessä, käsiteltäessä ja tuloksia tulkittaessa. (Heikkilä 2005, 30.)

Käytettäessä havainnointia tutkimusmenetelmänä syntyy monia erilaisia luotettavuuteen liittyviä ongelmia. Eniten on kritisoitu sitä, että havainnoija saattaa häiritä tilannetta jopa niin paljon, että tutkittavien käyttäytyminen ja tilanteen kulku muuttuu. Joissakin havainnoinnin tilanteissa voi tietoa olla vaikea tallentaa välittömästi, jolloin tutkijan täytyy luottaa pelkästään muistiinsa ja kirjata saadut havainnot myöhemmin. Luotettavuuden lisäämiseksi tutkijan olisi hyvä käyttää havainnoinnissa riippumatonta rinnakkaishavainnoijaa, mutta toisinaan vapaaehtoista voi olla vaikea löytää. Havainnointi itsessään on myös aikaa vievä tutkimusmenetelmä. (Hirsjärvi ym. 2007, 208–209.)

Luotettavuuden lisäämiseksi päätimme videokuvata sairaanhoitajille pidettävät luennot, jolloin kerättävä tieto ei ollut ainoastaan muistimme varassa, vaan saatoimme palata siihen myöhemmin tutkimusta raportoitaessa. Keräsimme kaikilta luennoitsijoilta kurssilla esitetyn materiaalin myös kirjallisena, jolla varmistimme ettei asiavirheitä esitetystä sisällöstä pääse syntymään. Luotettavuutta parantaa myös se, että teemme tutkimusta parina, jolloin kerättävästä tiedosta ei tule ainoastaan yhden ihmisen subjektiivista näkemystä, vaan voimme vertailla näkökulmiemme yhteneväisyyttä. Parityöskentely parantaa luotettavuusongelmaa myös käytetyn kielen suhteen. Kurssi on kokonaisuudessaan englanninkielinen joka ei ole äidinkielemme. Kurssilla oli jatkuvasti käytettävissä myös tulkki joka käänsi tarvittaessa suomen, venäjän ja englannin kielelle.

Laadullisen tutkimuksen erilaisia perinteitä tarkasteltaessa kiinnittyy huomio siihen, että niissä tutkimuksen etiikkaan suhtaudutaan hyvinkin erilaisin tavoin. Toisessa ääripäässä voidaan todeta muun muassa, että tutkimusetiikan ongelmat liittyvät pääasiassa itse tutkimustoimintaan, kuten tutkimukseen tulevien informoimiseen, aineiston keräämisessä ja analyysissä käytettävien menetelmien luotettavuuteen, anonymiteettiongelmiin sekä tutkimustulosten esittämistapaan eli siihen, millaisia keinoja tutkija saa käyttää. Toisessa ääripäässä taas tutkimusetiikasta ajatellaan niin, että kaikki tutkimuksessa tehdyt valinnat ovat moraalisia ja tutkittuja. Kyse on siis tutkimuksen taustalla olevan tutkimuksen metodisten ja tiedekäsityksen valintojen arvosidonnaisuutta koskevasta eettisestä pohdinnasta eli miten tutkimusaiheet valitaan ja mitä pidetään tärkeänä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 125.)

Intensiivikurssin alussa osallistujille kerrottiin opinnäytetyöstä ja videokuvaamisen tarkoituksesta raportoinnin apuna. Osallistujille kerrottiin myös että luennoitsijat ovat ainoita kuvauksen kohteita. Intensiivikurssiviikon aikana kerätty videokuvamateriaali hävitettiin raportin valmistuttua. Luennoilta saamaamme materiaalia ei myöskään esitetty julkisesti. Videokuvassa esiintyvien henkilöiden anonymiteetti huomioitiin, eikä heidän henkilöllisyyttään tule työssä missään esille, samoin toimittiin täydennyskurssille osallistuvien kohdalla. Myös tutustumiskäyntien kohdalla organisaation tai siellä työskentelevien ihmisten nimiä ei opinnäytetyössä mainita.

7.2 Tulosten pohdinta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja raportoida ImPrim –projektin yhteistyökumppanimaista Ruotsista, Virosta, Latviasta, Valko-Venäjältä, Liettuaista ja Venäjältä tulleiden sairaanhoitajien luennoilla ja tutustumiskäynneillä saamaa koulutusta Suomessa.

ImPrim –projektin tarkoituksena on kehittää perusterveydenhuollon laatua ja saatavuutta. Perusterveydenhuoltojärjestelmää kehitetään tehokkaimmin lisäämällä siellä työskentelevän henkilökunnan kompetenssia, työmotivaatiota sekä kehittämishalukkuutta ja tutkitun tiedon käyttöä.

Erikssonin (2005) tutkimuksessa hoitotyön koulutuksen kehittämisestä tuloksena ja johtopäätöksenä voitiin todeta, että terveydenhuollon tulevaisuuden suurena haasteena on väestön ikääntyminen, monikulttuurisuuden lisääntyminen ja päihde- ja mielenterveysongelmien kasvaminen. Haasteena on myös erilaisten yhteistyöverkostojen lisääntyminen ja niiden kasvava tarve sekä avohoitopainotteisuus.

Peltosen (2009) tutkimuksen mukaan hoitajien itsenäisen vastaanottotoiminnan työn edut ovat tulleet esille hoitajien raportoimana siten, että hoidon laatu ja saatavuus ovat parantuneet, ja lääkäreiden vastaanottotyö on keventynyt. Lisäksi heidän mielestään etuina ovat olleet omien tehtäväalueiden laajentuminen vastaanottotoiminnassa ja työn muuttuminen kiinnostavammaksi, haastavammaksi, monipuolisemmaksi ja mielekkäämmäksi. Näin ollen työmotivaatio on lisääntynyt, päätöksentekotaidot ovat kehittyneet ja työhön on tullut kokonaisvaltainen ote. Hoidon saatavuuden parantuminen näkyy joustavuuden lisääntymisenä ja hoitoon pääsyn nopeutumisena. Hoidon laadun parantumiseen on hoitajien mukaan taas liittynyt kokonaisvaltainen asiakas- ja potilastyön kehittyminen; tähän kuuluvat potilaiden hoidon sisällön ja hoitajan ja potilaan yhteistyön kehittyminen.

Delvan ym. (2008) tutkimuksen mukaan potilaslähtöinen, case-tyyppinen työskentely perusterveydenhuollon moniammatillisessa yhteistyössä edistää hoitotyön ja hoitokäytäntöjen kehittämistä ja tehokkuutta. Työskentelymallin todettiin myös lisäävän toisen työn arvostusta ja keskinäisen kunnioittamisen kasvavan ammattiryhmien välillä sekä parantavan kommunikaatiota.

Peltosen ja Delvan ym. tutkimuksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että ImPrim-projektin tavoittelemia asioita voidaan saada aikaan pienillä muutoksilla hoitohenkilökunnan työtehtävissä ja tehtäväalueissa. Osoitettaessa sairaanhoitajalle laajempi tehtäväalue ja näin ollen laajemmat valtuudet ja vastuu, osoittaa se myös tunnustusta sairaanhoitajien ammattitaidosta ja ammatillisesta pätevyydestä suorittaa itsenäistä vastaanottotyötä. Pätevyyden tunnustaminen lisää sekä työmotivaatiota mutta kannustaa sairaanhoitajaa itsensä ja ammattitaitonsa kehittämiseen jatkossakin.

Useimmissa tämän raportin tutkimuksissa nähdään haasteita sekä koulutuksen kehittämisessä että täydennyskoulutusten kohdalla lähinnä sairaanhoitajien tiedoissa, tutkitun tiedon käytössä ja jatkuvasti muuttuvissa työtehtävissä sekä niiden haasteellisuudessa. Tästä syystä perusterveydenhuollon kehittämistä suunnitellessa on tärkeä ensin luoda katsaus siellä työskentelevien sairaanhoitajien osaamiseen, koulutukseen, tietoihin ja taitoihin. Koska sairaanhoitaja on hyvin keskeisessä osassa toimiessaan perusterveydenhuollon osana, voidaan sairaanhoitajien tietotaitoa ja ammatillista pätevyyttä parantamalla saada merkittävää kehitystä aikaan koko perusterveydenhuoltojärjestelmässä. Siksi tässä projektissa on lähdetty mielestämme oikeaan suuntaan, suuntaamalla resursseja sairaanhoitajien koulutukseen, tietojen päivittämiseen ja ammatillisen kehityksen aktivoimiseen.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Terveysthuollon tulevaisuuden haasteet ovat väestön ikääntyminen, kasvava monikulttuurisuus sekä mielenterveys- ja päihdeongelmat, avohoitopainotteisuus ja yhteistyöverkostojen lisääntyminen.
2. Toimiessaan jatkuvan muutoksen alaisena terveydenhuollossa, on sairaanhoitajan jatkuvasti edistettävä ammattitaitoaan täydennyskoulutusten ja tutkitun tiedon avulla.
3. Täydennyskoulutuksista on monia erilaisia muotoja. Täydennyskoulutus voi olla verkossa tapahtuvaa lyhytkestoista kurssimuotoista verkko-opetusta tai jopa vuoden kestävää syvällisempää osaamista tarjoavaa monimuoto-opetusta.
4. Sairaanhoitaja voi halutessaan jatkaa opintojaan maisterin tai tohtorin tutkintoon, joka tarjoaa valmiudet toimia työelämässä esimies- tai asiantuntijatehtävissä.
5. Nykyisin terveydenhuoltoalan haasteisiin pyritään vastaamaan uudistamalla ja laajentamalla sairaanhoitajien tehtäviä, muuttamalla perusterveydenhuollon vastaanottoja lääkäri-hoitajatyöparimalliksi sekä parantamalla moniammatillista yhteistyötä eri toimipaikkojen ja ammattiryhmien välillä.
6. Sairaanhoitajien työtehtävien laajentaminen ja lääkäri-hoitajatyöparien on todettu parantavan hoitoon pääsyä ja laatua, vastaanottoaikojen tehokkuutta sekä potilastyytyväisyyttä ja hoitohenkilökunnan työmotivaatiota ja työtyytyväisyyttä.
7. Oma ammattitaitoaan edistämällä sairaanhoitaja kehittää koko työyhteisöä ja terveydenhuoltojärjestelmää. Terveysthuoltojärjestelmän kehittämisessä on ensimmäisenä panostettava työntekijöiden ammattitaidon kehittämiseen.
8. ImPrim-projektin kaltaisia hankkeita tarvitaan tulevaisuudessa, jotta tarpeellinen ja ajantasainen tieto tavoittaa suoraan kentällä toimivat sairaanhoitajat.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoululaki 9.5.2003/351.

Ammattikorkeakoululaki 16.6.2005/423. Laki ammattikorkeakoululain muuttumisesta 423/2005.

Ammattikorkeakoululaki 24.7.2009/564.

Bayer, C. 2008. Concept of PHC Project Proposal to BSR Programme. Viitattu 12.2.2010 www.ndphs.org

Casey, D & Clark, L. 2009. Professional development for registered nurse. Nursing standard. 24, 15-17, 35-38.

Compera. 2009. NDPHS "ImPrim" Project approved for funding from the Baltic Sea Region Programme 2007-2013. Viitattu 25.1.2010 <http://www.competence-research-centres.eu/crcs/news/single-view/article/1015/815/>.

Delva, D.; Tomalty, L.; Macrae, K.; Payne, P.; Plain, E. & Rowe, W. 2008. A new model for collaborative continuing professional development. Journal of interprofessional care. June 2008; 22(S1): 91-100.

Eriksson, E.; Virtanen-Vaaranmaa, H.; Björkroth, R.; Laitinen, R.; Mattila, L-R.; Rekola, L.; Ruotsalainen, T. & Sarajärvi, A. 2005. Hoitotyön koulutuksen kehittämishaasteet – Hoitotyön johtajien, opettajien ja hoitotyöntekijöiden näkemykset. Turku: Turun Yliopisto, hoitotieteen laitos.

Field, P-A. & Morse, J.M. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Helsinki: Kirjayhtymä.

Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. 5.-6.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hukkanen, H. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Helsinki.

Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. (toim.) 2005. Kohti asiantuntijuutta – Oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2006. ECTS-järjestelmä ja -koorninaattorit. Viitattu 2.12.2010 <http://www.jamk.fi/muut/oppaat/oopas05/ectsjarjestelma.htm#oppilaitostasonkoordinaattorit>

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Koiso-Kanttila, P. & Paasivuori, R. (toim.) 2008. Laatu ammattikorkeakoulujen menestystekijänä – Näkökulmia koulutuksen laatutyöhön. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulun Stadian julkaisuja. Viitattu 25.10.2010 http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/A_SARJA/PDF/S_TADIA_SARJA_A_T_R12_.pdf

Laaksonen, V. 2006. Ammattikorkeakoulu mielikuvien maailmassa. Opinnäytetyö. Palvelujen tuottamisen ja johtamisen koulutusohjelma. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.10.2010 <https://publications.theseus.fi/handle/10024/19169>

Lahti, M. 2009. Verkossa tapahtuva täydennyskoulutus – psykiatristen sairaanhoitajien ennen ja jälkeen verkkokurssin tapahtuva arviointi. Pro Gradu – tutkielma. Turku: Turun Yliopisto, hoitotieteen laitos. Viitattu 12.2.2010 http://www.med.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnaytetyot/pro_gradut.html

Lampinen, O. 1995. Ammattikorkeakoulun tehtävät ja muodostuminen. Teoksessa K. Korhonen & R. Mäkinen (toim.). Ammattikorkeakoulut uudistuvina oppimisympäristöinä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 1-7.

Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.

Lehto, J., Kananoja, A., Kokko, S. & Taipale, V. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki: WSOY

Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being (NDPHS). 2009. Viitattu 25.1.2010 http://www.ndphs.org/internalfiles/File/PHC_EG/ImPrim/ImPrim_project_brief_info.pdf

Pakkonen, M. 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö – miten edistää tutkitun tiedon käyttöä hoitotyössä. Pro Gradu- tutkielma. Turku: Turun Yliopisto hoitotieteen laitos.

Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa – Vertaileva tutkimus. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Remes, P. 1995. Tutkinnon jälkeen työhön, työttömäksi vai opiskelemaan: adaptiivisuus ja innovatiivisuus ammattikorkeakoululaisten tulevaisuussuuntautuneisuudessa. Teoksessa K. Korhonen & R. Mäkinen (toim.). Ammattikorkeakoulut uudistuvina oppimisympäristöinä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 104–113.

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä – kansallinen tavoite ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2003:18. Helsinki. Viitattu 5.11.2010 <http://pre20090115.stm.fi/pr1074690827386/passthru.pdf>

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Terveystenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Helsinki. Viitattu 5.11.2010 http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1068121

STM. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:11. Terveystenhuolto Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 18.11.2010 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3479.pdf&title=Terveystenhuolto_Suomessa_fi.pdf

Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2010a. Täydennyskoulutuksen laatuvaatimukset – Sairaanhoitajan klininen urakehitys-projekti 2003. Viitattu 11.2.2010 http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/uraportti/taydennyskoulutuksen_laatuvaatim/

Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2010b. Sairaanhoitajan täydennyskoulutus. Viitattu 11.2.2010 http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/opiskelu_sairaanhoitajaksi/hakeudu_alalle/

Turun ammattikorkeakoulu. Vuoden 2007-2011 opinto-oppaat. Viitattu 9.2.2010 <http://marconi.hallinto.turkuamk.fi/db/opintoo10.nsf/b337df4e6342bb03c22567c100403665/c22574c200406f6ac22568bf00298259?OpenDocument>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

NURSING TRAINING in Turku 11.-15.10.2010

MONDAY October 11

10.00 - 10.30 Opening, Welcome and practical issues, Coffee

10.30 - 12.00 Participants presenting themselves and getting familiar with each other:

- Participants and teachers introduce themselves, e.g. background, previous career
- Expectations for the course
- Lecture: Roles and training of nurses in Finland

12.00 - 13.00 Lunch

13.00 -14.30 Lecture: Health Care in Finland

14.30- 16.00 Discussion concerning roles of nurses in respective countries

- pros and cons in the current situation, plans for the future, focus group discussion
(Interviews of participants by students of TUAS)

TUESDAY October 12

8.30 - 9.45 Lecture: Communicable diseases in Finland and in the project region, Prevention in Finland
Discussion concerning Control of communicable diseases in respective countries

10.00 -10.45 Lecture: Aseptic issues in prevention of communicable diseases

10.45 - 11.45 Lunch

11.45 - 15.00 Visit by bus to PHC centre (Russian speaking doctors/nurses) and home health care

15.00 - 16.00 Task for the next day to be prepared in the afternoon/evening concerning maternity health and sexual health issues in respective countries; groups are formed in beforehand

- e.g. Sweden and Belarus;
- Estonia and Kaliningrad;
- Latvia, Lithuania and Finland;



WEDNESDAY October 13

- 9.00 - 11.45 Lecture: Maternity health/sexual health/contraception in Finland
Reflections from different countries, Yesterday's task discussion
- 11.45 - 12.45 Lunch
- 12.45 -14.30 Visit by bus to long-term hospital
- 14.45 - 15.45 Turku City tour
- 16.00 - Tasks for the next day concerning long term treatment in respective countries

THURSDAY October 14

- 8.45 - 12.00 Visit by bus to a polyclinic (Maternity care, sexual health, contraception)
- 12.00 - 13.00 Lunch
- 13.00 - 13.45 Lecture: Prevention of falls among the elderly
- 13.45 - 14.15 Yesterday's task discussion
- 14.15 - 16.00 Interviews of participants by students of TUAS,

FRIDAY October 15

- 9.00 - 11.00 Lecture: Care of drug and alcohol abuse in Finland
- 11.00 - 12.00 Lunch
- 12.00 - 13.30 Discussion concerning PHC in respective countries, reflected through the
experiences of the course
- Focus group discussion, Interviews of participants by students of TUAS,
- 13.45 - 14.45 Task for the participants to be done before Blekinge week
- 15.00 Closing

